

**Informe Técnico No. 3 de HFS**

**EVALUACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD,  
FINANCIACION Y OPCIONES DE POLITICA  
EN LA REGION DE AREQUIPA, PERU**

Presentado a:

La División de Servicios de Salud  
Oficina de Salud  
Dependencia de Ciencia y Tecnología  
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Por

JOSH COBURN  
Management Sciences for Health  
Consultor

Con aportes de:

RICARDO BITRAN  
CHARLES GRIFFIN  
RUTH LEVINE  
RICHARD ROBERTS

FEBRERO DE 1991

Health Financing and Sustainability (HFS) Project  
(Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud)  
Abt Associates Inc., Contratista Principal  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 USA  
Teléfono: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-7791  
Telex: 312636

Management Sciences for Health, Subcontratista  
The Urban Institute, Subcontratista

Contrato de la A.I.D. No. DPE-5974-Z-00-9026-00

## PREFACIO

El Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud (HFS), un proyecto de cinco años de la División de Servicios de Salud, Oficina de Salud, Dependencia de Ciencia y Tecnología de la Agencia para el Desarrollo Internacional, iniciado en septiembre de 1989, proporciona asistencia técnica, lleva a cabo investigación aplicada y divulga información acerca de la financiación y organización de la salud en los países en desarrollo. El proyecto tiene por finalidad influir en el cambio de la política, ayudar a poner en práctica la política y demostrar y evaluar los efectos de políticas alternativas y mecanismos para la financiación de los servicios de salud.

El presente informe constituye un ejemplo de una evaluación llevada a cabo por HFS. HFS realiza evaluaciones para ayudar a esclarecer la situación inicial de financiación en un marco determinado, a fin de permitir que se formulen y pongan en práctica intervenciones apropiadas e importantes. Los elementos estándar que se evalúan son los siguientes:

- Las leyes y las políticas relacionadas con la provisión y financiación de servicios de salud
- La dimensión y la utilización de los proveedores y aseguradores del sector privado
- Las tendencias de los gastos públicos en los servicios de salud
- Las tendencias en la asignación de recursos
- La descentralización de las decisiones, del control de recursos y de la planificación
- Los arreglos sociales de financiación, tanto públicos como privados
- La eficiencia en la provisión de los servicios
- La necesidad de recopilar datos, de analizar e investigar

Esta evaluación de la organización y financiación del sector salud en la región de Arequipa del Perú fue realizada por HFS en respuesta a una petición de USAID/Lima. La labor fue financiada conjuntamente por la USAID/Lima y la División de Servicios de Salud. La USAID/Lima aspira a ayudar al Gobierno del Perú a formular nuevas políticas de financiación de la salud como parte de la iniciativa encaminada a descentralizar la responsabilidad de este sector hacia las regiones del país. El informe proporciona información básica acerca de los proveedores y usuarios de servicios tanto públicos como privados en la región de Arequipa. Esta información permitirá configurar más exactamente el debate sobre la política de descentralización y puede inspirar análisis posteriores de la política más enfocados. Se hacen recomendaciones a este respecto.

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor desea dar las gracias al personal de la USAID/Lima por su apoyo en la organización y conclusión del estudio. En particular, Gerardo Arabe y Edgar Necochea proporcionaron ayuda valiosa.

### **Participantes del sector salud:**

La información utilizada en la preparación del presente informe se recopiló con la ayuda de numerosos individuos y organizaciones.

La investigación de campo realizada en la región de Arequipa se benefició de la colaboración y cooperación de individuos y organizaciones distribuidos por todo el sistema de salud. Los participantes contribuyeron generosamente su tiempo y sus conocimientos especializados, ayudando al autor y al equipo de investigación. Reconocemos con agradecimiento sus aportes.

El Gobierno Regional de Arequipa, bajo la dirección del Presidente Víctor Manzur Suárez, proporcionó su desinteresado apoyo y aliento para el logro de los objetivos del estudio. La Secretaría de Servicios Sociales, bajo la dirección de Edgar Linares Huaco, y el Director del Ministerio de Salud Regional, Dr. Rulo Ugarte Barillo, proporcionó libre acceso al personal y a la información en todos los niveles del sistema de salud del sector público. Lamentablemente, es imposible reconocer individualmente a todos y a cada uno de los contribuyentes.

La administración y el personal del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) en la Región de Arequipa, bajo la dirección del Dr. Víctor Raúl Valdivia, Administrador Regional, proporcionó una extensa ayuda en la preparación de la información sobre los recursos y utilización del sistema de seguro y servicios de salud del IPSS. Esta actividad, emprendida a pesar de limitaciones importantes de tiempo y recursos por parte del IPSS, fue iniciada por Gino Dávila Herrera y llevada a cabo cabalmente por Ronald Muro Ochoa, Subdirector de Planificación y Presupuestos. Este contó con la ayuda de Mario Arce Muñoz, Jefe de la División de Planificación y Presupuestos, así como con la de César Simborth Velásquez, Jimmy Escalante Palacios, Carlos Cuadros Gallegos, Gilma Begazo Cárdenas y Socorro Arenas Guillén.

El Hermano Antonio Medina, Hermano Superior y Administrador Jefe de la Clínica San Juan de Dios, proporcionó antecedentes útiles sobre la historia y objetivos de la clínica. El Dr. Benigno Lozada, Presidente de la Junta, proporcionó información relacionada con la Clínica Arequipa.

Dos compañías de seguros, Asesores y Corredores de Seguros, S.A., "Inti" y "La Positiva", Compañía Regional de Seguros, S.A., proporcionaron información valiosa sobre el papel del seguro de enfermedad del sector privado en Arequipa. Las empresas privadas, entre ellas la Compañía Minas Tintaya, la Sociedad Eléctrica del Suroeste, S.A. (SEAL) y SIDSUR, proporcionaron información en relación con las políticas de las compañías y los desembolsos para cobertura de salud. El Dr. Gonzalo García proporcionó información sobre el mercado cambiante para el seguro de enfermedad del sector privado en Arequipa y el desarrollo de nuevos productos de seguro.

Finalmente, varias farmacias privadas en Arequipa compartieron información con el equipo del estudio en relación con las ventas, financiación y costos de los productos farmacéuticos.

Sin la generosa colaboración de todos esos individuos y entidades, este estudio no podría haberse llevado a cabo.

#### **Equipo de estudio de campo:**

La investigación para este estudio fue realizada por el autor trabajando en colaboración con expertos locales del sector de la salud en Arequipa. El autor reconoce con agradecimiento los aportes y apoyo de estos profesionales de la salud.

El Dr. Vicente Sáenz, Coordinador del Proyecto de Supervivencia Infantil de la USAID en la Región de Arequipa y ex Director del Hospital Regional Honorio Delgado, sirvió en calidad de Asesor de Alto Nivel para el Estudio de Sistemas de Salud y Financiación de Arequipa. El Dr. Crisógono Rubio ayudó a identificar a expertos locales para la participación en la investigación de campo.

Los siguientes equipos sectoriales e individuos ayudaron en la investigación del estudio:

#### **Ministerio de Salud:**

Ingeniera Gladys Garnica, Analista Mayor, Departamento de Estadística y Planificación, Unidad Departamental de Salud, Ministerio de Salud, Región de Arequipa

Dr. Juan Malpica Faustor, ex Director General, Oficina de Asistencia Técnica, Unidad Departamental de Salud, Ministerio de Salud, Región de Arequipa.

#### **Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS):**

Dr. Juan Manuel Málaga Gómez de la Torre, ex Director del Hospital del Obrero del IPSS, actualmente Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Central del Sur, Arequipa.

Dr. José Francisco Valdivia N., ex Director, IPSS Arequipa.

#### **Sector privado:**

Dr. Crisógono Francisco Rubio Barrios, neurocirujano y médico de planta en la Clínica Hortencia, Hospital San Juan de Dios.

Dr. Raúl Lazarte Cárdenas, médico interno y de planta en la Clínica Hortencia, Hospital San Juan de Dios, y ex Director, Hospital del Obrero del IPSS, Arequipa; miembro del Comité del sida de Arequipa.

Dr. Raúl Lazarte Cuba, interno residente en la Clínica Hortencia, Hospital San Juan de Dios.

## **Encuesta de hogares:**

Dr. Raúl Miranda, Epidemiólogo de Alto Nivel, Ministerio de Salud, Lima,  
ex Director del Centro de Salud de Paucarpata, Arequipa.

Ingeniero Enrique Valderrama, Director, Centro de Cómputo, Unidad  
Departamental de Salud, Región de Arequipa.

## **Entrevistadores:**

(Profesores de Obstetricia)

Vick de Vinatea  
Berta Lazo Herrera  
Sobi Cartillo de Carpio  
Amelia Ludina de Sáenz  
Jennet Escobedo

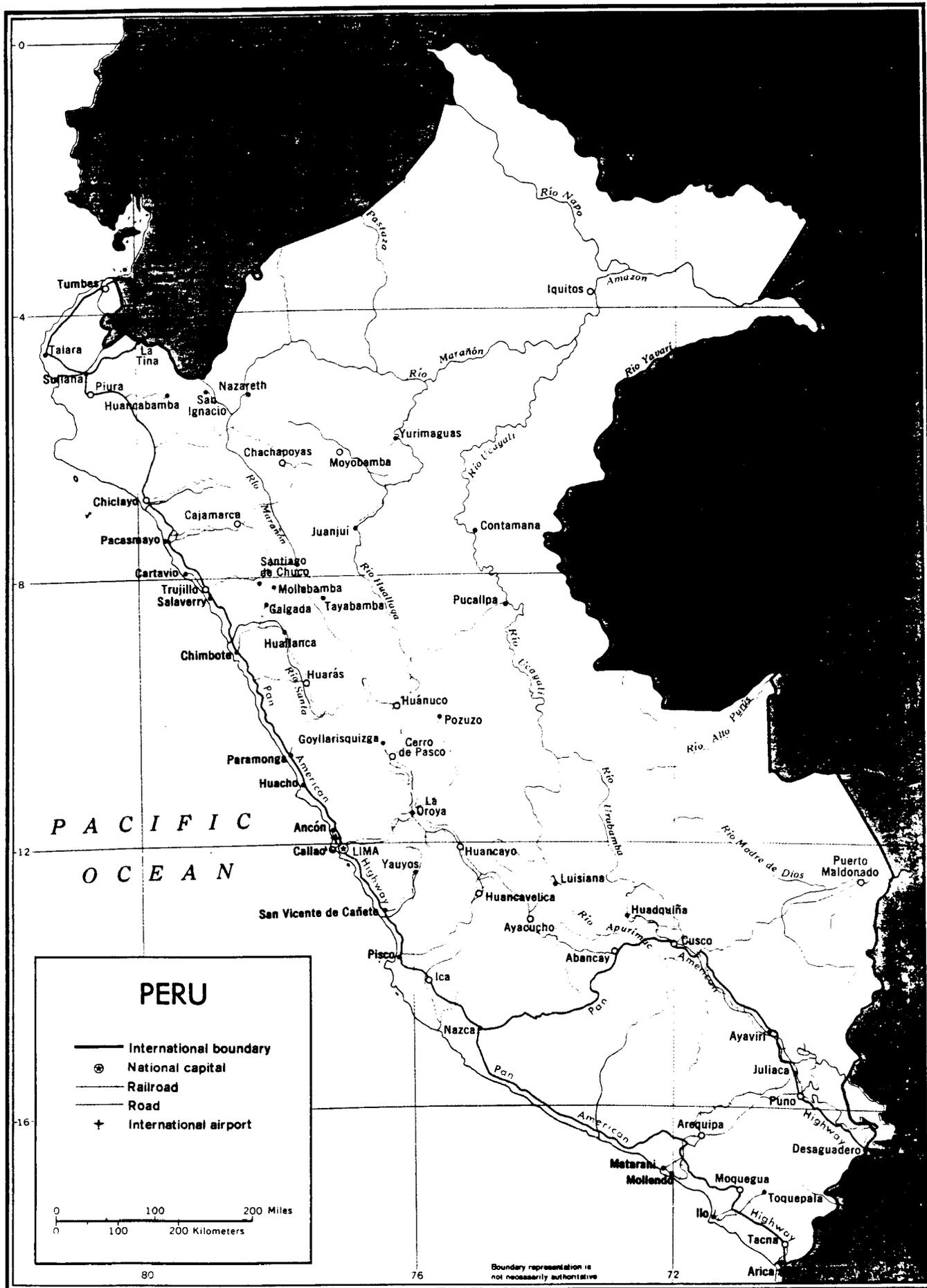
(Estudiantes de Obstetricia)

Gregorio Alvarado García  
Seisbel Bilbao Portugal  
Marizela Bengoa Rondah  
Carla Apaza Gutiérrez  
Silvia Sánchez Wilson  
Lorena Obando del Carpio  
Gabriela Almenara Sandoval  
Amparo Lajo Aguipe  
Yngrid Zea Fernández  
Gladys Cota Miranda  
Nancy Mellado Calle  
Ana Barrantes Limahuaya  
Flor Deza Luz Marina  
Flossy Gamarra Coazvila  
Deysi García Peña  
Zoila Estrada Saavedra  
Maribel López Gallegos  
Odeli Delgado Holguín  
Miriam Arce Maldonado  
Ludgarda Fuentes Alvarez  
Isabel Salas Gómez  
Maritza Huanca Tarbisco  
María Gómez Suca  
María Elena Valdivia Grande

## RESUMEN

Este informe presenta los resultados de una evaluación de los sistemas de salud y la financiación de dichos sistemas en la región de Arequipa del Perú. Esta evaluación fue iniciada por la USAID/Lima y fue llevada a cabo por el Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud (HFS). Se presenta una minuciosa información cuantitativa y cualitativa sobre la estructura, utilización, costos de operación y sistemas de financiación de los servicios de salud público (Ministerio de Salud), semipúblicos (Seguridad Social) y privados en la región de Arequipa. También se presentan los resultados de una encuesta de hogares, llevada a cabo para obtener información sobre cómo se utilizan los servicios de salud.

La información, que sirve como línea de referencia para la formulación de una política eficaz para la asignación de los recursos de salud y la financiación de los sistemas de salud, se emplea para generar recomendaciones para acción por el Gobierno Regional de Arequipa y la USAID/Lima. Las recomendaciones se presentan de forma que el Gobierno Regional pueda adoptar un papel directivo más activo en la formulación de la política de salud; generar con más eficacia ingresos dentro de las instalaciones del Ministerio de Salud; y, asignar de forma más apropiada recursos escasos de salud pública a la población de la región. El informe también proporciona recomendaciones para la participación de la USAID/Lima en el fortalecimiento de los recursos regionales de salud.



PACIFIC  
OCEAN

**PERU**

- International boundary
- ⊙ National capital
- Railroad
- Road
- + International airport

0 100 200 Miles  
0 100 200 Kilometers

Boundary representation is not necessarily authoritative

## INDICE

LISTA DE CUADROS . . . . .	i
RESUMEN EJECUTIVO . . . . .	v
1.0 ANTECEDENTES . . . . .	1
1.1 FINALIDAD DEL ESTUDIO . . . . .	1
1.2 REGIONALIZACION: PROCESO Y ESTRUCTURA . . . . .	1
1.3 RETOS ECONOMICOS AL PROCESO DE REGIONALIZACION . . . . .	2
2.0 METODOLOGIA DEL ESTUDIO . . . . .	4
2.1 DATOS SOBRE LOS PROVEEDORES . . . . .	4
2.2 DATOS SOBRE LOS USUARIOS . . . . .	5
2.3 AJUSTE PARA TOMAR EN CUENTA LA INFLACION . . . . .	7
3.0 EL CONTEXTO DE SALUD DE AREQUIPA . . . . .	8
3.1 POBLACION . . . . .	8
3.2 ESTADO DE SALUD . . . . .	10
4.0 EL MINISTERIO DE SALUD: ORGANIZACION, SERVICIOS Y RECURSOS . . . . .	12
4.1 INSTALACIONES . . . . .	12
4.2 RECURSOS HUMANOS . . . . .	13
4.2.1. Recursos regionales de personal . . . . .	13
4.2.2. Dotación de los centros de salud y Postas de salud . . . . .	15
4.2.3. Dotación de personal de los hospitales . . . . .	15
4.3 UTILIZACION DE LAS INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD . . . . .	16
4.3.1. Fuentes de servicios ambulatorios . . . . .	16
4.3.2. Servicios ambulatorios de hospital . . . . .	18
4.3.3. Fuentes y tipos de servicios hospitalarios . . . . .	19
4.3.4. Origen de los pacientes en Honorio Delgado . . . . .	21
4.3.5. Capacitación de los médicos de los hospitales del Ministerio de Salud . . . . .	22
4.3.6. Patrones de utilización en el Hospital Integrado de Mollendo . . . . .	23
4.3.7. Utilización y capacidad de los hospitales del Ministerio de Salud en la ciudad de Arequipa . . . . .	24
4.4 FINANCIACION Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD . . . . .	27
4.4.1. Ingresos y desembolsos de operación del Ministerio de Salud . . . . .	28
4.4.2. Desembolsos operativos del Ministerio de Salud dentro de los hospitales . . . . .	30
4.4.3. Recuperación de los Costos en los hospitales y centros de salud . . . . .	31

4.4.3.1.	Ilustración de la recuperación de costos: Hospital Goyeneche . . . . .	32
4.4.3.2	Recuperación de los costos: Ingresos estimados de los pagos por los pacientes en los Hospitales Gregorio Delgado, Camaná y Goyeneche . . . . .	33
4.4.3.3.	Recuperación de los costos: Ingresos de las operaciones de salas privadas en los Hospitales Honorio Delgado, Camaná y Goyeneche . . . . .	35
4.4.3.4.	El papel de la sala privada en una instalación del Ministerio de Salud: Estudio de caso del Hospital Honorio Delgado . . . . .	36
4.5	SUMINISTRO Y DISTRIBUCION DE LAS FARMACIAS DEL MINISTERIO DE SALUD . . . . .	39
4.5.1.	Sistema de suministros farmacéuticos del Ministerio de Salud . . . . .	39
4.5.2.	Estudio de caso: La farmacia de Goyeneche . . . . .	40
4.6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PROVISION Y LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD . . . . .	41
4.6.1.	Generación de recursos . . . . .	41
4.6.2.	Mejoras en la eficiencia . . . . .	43
5.0	EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS) . . . . .	44
5.1	ANTECEDENTES DEL SISTEMA IPSS . . . . .	44
5.1.1.	Elegibilidad al seguro de enfermedad del IPSS . . . . .	44
5.1.2.	Beneficios médicos y de salud del IPSS . . . . .	45
5.1.3.	Cobertura regional del IPSS: Empleadores y personas elegibles . . . . .	45
5.2	INSTALACIONES Y SERVICIOS REGIONALES DE SALUD DEL IPSS . . . . .	49
5.2.1.	Perfil del servicio de las instalaciones del IPSS, 1990 . . . . .	49
5.2.2.	Hospital Central del Sur . . . . .	50
5.2.3.	Distribución de las instalaciones del IPSS . . . . .	50
5.3	RECURSOS MEDICOS DEL IPSS . . . . .	50
5.3.1.	Personal profesional en el Hospital Central del Sur . . . . .	51
5.3.2.	Efecto sobre la atención a los pacientes: Estimaciones del tiempo de espera de los pacientes . . . . .	53
5.4	UTILIZACION DE LAS INSTALACIONES DEL IPSS . . . . .	53

5.5	FINANCIAMIENTO DEL IPSS . . . . .	54
5.5.1.	Contribuciones del empleado y el empleador . . . . .	54
5.5.2.	Tendencias en los ingresos regionales y gastos operativos del IPSS . . . . .	55
5.5.3.	Sistema de libre elección del IPSS . . . . .	58
5.6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA PROVISION Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL IPSS . . . . .	61
6.0	CLINICAS, ASEGURADORES Y FARMACIAS PRIVADAS . . . . .	62
6.1	CLINICAS PRIVADAS . . . . .	62
6.1.1.	Hogar Clínica San Juan de Dios . . . . .	62
6.1.2.	Clínica Arequipa . . . . .	64
6.2	COMPAÑIAS Y SERVICIOS PRIVADOS DE SEGURO DE ENFERMEDAD . . . . .	66
6.2.1.	Compañías de seguros: Compañía Regional de Seguros, S.A.--"La Positiva" . . . . .	66
6.2.2.	Compañías de seguros: Asesores y Corredores de Seguros S.A.--"Inti" . . . . .	69
6.2.3.	Otros seguros: Los Intermediarios financieros . . . . .	70
6.2.4.	Descripción de los planes del seguro privado y de los costos . . . . .	71
6.3	FARMACIAS PRIVADAS EN AREQUIPA . . . . .	73
6.4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA PROVISION POR EL SECTOR PRIVADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD . . . . .	75
7.0	ENCUESTA DE HOGARES SOBRE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD . . . . .	76
7.1	RESULTADOS DE LA ENCUESTA . . . . .	76
7.1.1.	Número de entrevistas realizadas . . . . .	76
7.1.2.	Características de la muestra y estratificación . . . . .	77
7.1.3.	Tasa de morbilidad y utilización de los servicios de salud . . . . .	78
7.1.4.	Pago en efectivo de los Servicios de Salud . . . . .	79
7.1.5.	Situación de todos los miembros de familia respecto al seguro de enfermedad . . . . .	80
7.1.6.	Elección del proveedor de atención médica de acuerdo con el estado del beneficiario del seguro de enfermedad . . . . .	81
7.1.7.	Satisfacción de los usuarios con los servicios obtenidos . . . . .	86
7.2	CONCLUSIONES SOBRE LA ENCUESTA DE HOGARES . . . . .	87

8.0	RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . . . . .	90
8.1	VISION GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE AREQUIPA . . . . .	90
8.1.1.	El Ministerio de Salud . . . . .	90
8.1.1.1.	Descripción del Ministerio de Salud . . . . .	90
8.1.1.2.	Evaluación del Ministerio de Salud . . . . .	92
8.1.2.	El Instituto Peruano de Seguridad Social . . . . .	92
8.1.2.1.	Descripción del Instituto Peruano de Seguridad Social . . . . .	92
8.1.2.2.	Evaluación del Instituto Peruano de Seguridad Social . . . . .	94
8.1.3.	El Sector privado . . . . .	96
8.1.3.1.	Evaluación del sector privado . . . . .	97
8.2	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . . . . .	98
8.2.1.	El Gobierno de Arequipa como autoridad responsable de la formulación de política . . . . .	98
8.2.2.	El Ministerio de Salud como proveedor de servicios . . . . .	99
8.3	CONCLUSION . . . . .	105
APENDICE A:	Alcance de trabajo . . . . .	A-1
	Antecedentes	
	Finalidad	
	Metodología	
	Composición del equipo	
	Lista de actividades propuestas	
	Requisitos de presentación de informes	
APENDICE B:	Cuestionario . . . . .	B-1
APENDICE C:	Factores de ajuste utilizados para la conversión del Intis actual . . . . .	C-1
APENDICE D:	Lugares visitados y contactos en Arequipa . . . . .	D-1
APENDICE E:	Abreviaturas . . . . .	E-1
REFERENCIAS	. . . . .	118

## LISTA DE CUADROS

CUADRO 1	POBLACION DE LA REGION Y CIUDAD DE AREQUIPA . . . . .	8
CUADRO 2	POBLACIONES DE LOS DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1988 . . . . .	9
CUADRO 4	CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD INFANTIL (< 1 AÑO), PROVINCIA DE AREQUIPA, 1988 . . . . .	10
CUADRO 5	CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD INFANTIL (1 A 4 AÑOS), REGION DE AREQUIPA, 1988 . . . . .	11
CUADRO 6	DISTRIBUCION DE LOS HOSPITALES, CENTROS DE SALUD, POSTAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1990 . . . . .	12
CUADRO 7	TIPO Y DISTRIBUCION DEL PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS CENTROS DE SALUD Y POSTAS DE SALUD Y HOSPITALES, REGION DE AREQUIPA, 1990 . . . . .	14
CUADRO 8	DOTACION PROFESIONAL ILUSTRATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LAS INSTALACIONES DE SALUD URBANAS Y SEMIURBANAS, CAMANA, 1990 . . . . .	15
CUADRO 9	TIPO Y DISTRIBUCION DE PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS HOSPITALES, REGION DE AREQUIPA, 1990 . . . . .	16
CUADRO 10	DISTRIBUCION DEL VOLUMEN DE SERVICIOS AMBULATORIOS: LOS HOSPITALES DE AREQUIPA EN COMPARACION CON LOS CENTROS Y POSTAS DE SALUD DE AREQUIPA Y CAYLLOMA, 1989 . . . . .	17
CUADRO 11	DISTRIBUCION DE LA UTILIZACION DE CLINICAS AMBULATORIAS POR SERVICIO EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	18
CUADRO 12	ALTAS EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	19
CUADRO 13	DISTRIBUCION DE LAS ALTAS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD POR SERVICIO PRINCIPAL, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	20
CUADRO 14	ORIGEN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN HONORIO DELGADO, 1989 . . . . .	20
CUADRO 15	ORIGEN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, 1989 . . . . .	22

CUADRO 16	UTILIZACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS PARA ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS POR EL IPSS, HOSPITAL INTEGRADO DE MOLLENDO, 1989 . . . . .	24
CUADRO 17	UTILIZACION DE LOS HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ, MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989 . . . . .	25
CUADRO 18	TENDENCIAS EN LA DURACION MEDIA DE LA ESTANCIA POR SERVICIO PRINCIPAL, HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ, 1985-1989 . . . . .	26
CUADRO 19	TENDENCIAS EN LAS ALTAS DE HOSPITALES ANUALES POR SERVICIO PRINCIPAL, HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ, 1985-1989 . . . . .	27
CUADRO 20	ANALISIS DE LA CAPACIDAD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO PARA ABSORBER LA CARGA DE PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ .	27
CUADRO 21	DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL MINISTERIO DE SALUD POR CATEGORIA PRESUPUESTARIA, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989 . . .	28
CUADRO 22	DESEMBOLSOS DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PERSONAL Y BENEFICIOS COMO PORCENTAJE DE LOS DESEMBOLSOS PROGRAMATICOS DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989 . . . .	29
CUADRO 23	DESEMBOLSOS OPERATIVOS DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	30
CUADRO 24	COMPARACION DE LOS COSTOS OPERATIVOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	31
CUADRO 25	VENTAS EN EFECTIVO Y EXENCIONES PARA MEDICAMENTOS COMERCIALES ADMINISTRADOS POR LOS CENTROS DE SALUD Y POSTAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989-1990 . . . . .	32
CUADRO 26	INGRESOS PROCEDENTES DE LOS PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS PACIENTES, HOSPITAL CAMANA, 1989 . . . . .	34
CUADRO 27	PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS PACIENTES, HOSPITAL HONORIO DELGADO, 1989 . . . . .	35
CUADRO 28	UTILIZACION DE LA SALA PRIVADA E INGRESOS PROCEDENTES DE LOS PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS PACIENTES, HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	36
CUADRO 29	AUMENTO EN EL NUMERO DE EMPLEADORES Y EMPLEADOS ASEGURADOS, IPSS, GERENCIA REGIONAL AREQUIPA, 1985-1989 . . . . .	46

CUADRO 30	DISTRIBUCION DE LOS EMPLEADORES RECIEN INSCRITOS POR EL CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA POR AÑO, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1985-1989 . . . . .	47
CUADRO 31	DISTRIBUCION DE INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE SALUD RECIEN ASEGURADOS POR CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD, IPSS, GERENCIA REGIONAL AREQUIPA, 1985-1989 . . . . .	48
CUADRO 32	DISTRIBUCION DE INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE SALUD RECIEN ASEGURADOS POR CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD Y DISTRITO ADMINISTRATIVO, IPSS, REGION DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1989 . .	48
CUADRO 33	PERSONAL PROFESIONAL, HOSPITAL CENTRAL DEL SUR, IPSS, 1985-1990 . . . . .	52
CUADRO 34	COMPARACION DE LOS INDICADORES DE PERSONAL ENTRE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y EL IPSS . . . . .	34
CUADRO 35	ESTADISTICAS DE UTILIZACION SELECTAS PARA EL IPSS (SERVICIOS DE HOSPITALIZADOS) UNIDADES DE HOSPITAL, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL, AREQUIPA, 1989 . . . . .	35
CUADRO 36	INGRESO ANUAL DE ABONADOS (EMPLEADORES Y EMPLEADOS) PARA EL SEGURO DE ATENCION DE SALUD PROPORCIONADO POR DECRETO LEY 22482, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1985-1990 . . . . .	55
CUADRO 37	CATEGORIAS SELECTAS DE DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE SALUD, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985, 1987, 1988 Y 1989 . . . . .	56
CUADRO 38	SUELDOS Y BENEFICIOS COMO PORCENTAJE DE LOS DESEMBOLSOS TOTALES DEL PROGRAMA DE SALUD, IPSS GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985, 1987, 1988 Y 1989 . . . . .	57
CUADRO 39	DIFERENCIA ENTRE LOS INGRESOS DE ABONADOS Y LOS DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LA ATENCION DE SALUD PROPORCIONADA BAJO EL DECRETO LEY 22482, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985-1989 . . . . .	57
CUADRO 40	TENDENCIAS EN LOS PAGOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD DE LOS EMPLEADOS PARA EL IPSS Y LA COBERTURA DEL SEGURO PRIVADO: COMPAÑIA "X", ENERO - JUNIO DE 1990 . . . . .	58
CUADRO 41	CARGOS Y PAGOS PARA LOS SERVICIOS ASEGURADOS POR EL IPSS PROPORCIONADOS POR PROVEEDORES NO IPSS CONFORME AL "SISTEMA DE ELECCION LIBRE", REGION DE AREQUIPA, JULIO-DICIEMBRE DE 1989 . . . . .	59
CUADRO 42	REEMBOLSO PERMITIDO PARA SERVICIOS DE PROVEEDORES NO IPSS PARA EL "SISTEMA DE ELECCION LIBRE" REGION DE AREQUIPA, 1989 . . . . .	60

CUADRO 43	IPSS Y PROGRAMAS DE SEGURO DE ENFERMEDAD FAMILIAR, SOCIEDAD ELECTRICA DEL SUR OESTE, S.A. (SEAL), AREQUIPA, 1990 . . . . .	72
CUADRO 44	IPSS Y COSTOS DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO, SIDSUR (COMPAÑIA), AREQUIPA; SEGURO PROPORCIONADO POR LA POSITIVA, AREQUIPA . . . . .	72
CUADRO 45	OBJETIVO, TAMAÑOS REALES DE LA MUESTRA Y CARACTERISTICAS INDIVIDUALES Y DE VIVIENDA POR ESTRATO RESIDENCIAL . . . . .	76
CUADRO 46	INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y USO DE LOS PROVEEDORES DE ATENCION DE SALUD . . . . .	77
CUADRO 47	USO DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCION DE SALUD POR GRUPO DE INGRESOS . . . . .	79
CUADRO 48	USO DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCION DE SALUD, CON TODOS LOS SERVICIOS PRIVADOS COMBINADOS EN UNA CATEGORIA . . . . .	79
CUADRO 49	EXPERIENCIA CON EL PAGO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD POR TODOS LOS ENCUESTADOS Y POR AQUELLOS ENCUESTADOS CON UN PROGRAMA DE SALUD RECIENTE POR ESTRATO RESIDENCIAL . . . . .	80
CUADRO 50	ESTADO DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, POR ESTRATO RESIDENCIAL . . . . .	81
CUADRO 51	SELECCION DEL TIPO DE PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES . . . . .	82
CUADRO 52	SELECCION DEL TIPO DE PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES . . . . .	83
CUADRO 53	NUMEROS RELATIVOS Y COMPOSICION DE LA CLIENTELA DE LA INSTALACION, POR COBERTURA DEL SEGURO . . . . .	84
CUADRO 54	SELECCION DEL TIPO DE PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES . . . . .	85
CUADRO 55	DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES A TRAVES DE LOS PROVEEDORES DE ACUERDO CON LA COBERTURA DEL SEGURO DE LOS PACIENTES . . . . .	86
CUADRO 56	SATISFACCION GENERAL CON LOS PROVEEDORES UTILIZADOS DURANTE EL ULTIMO AÑO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES . . . . .	87

## RESUMEN EJECUTIVO

El 1 de enero de 1990, Perú comenzó a descentralizar la gestión y financiación de los servicios públicos, entre ellos los de la salud. Para 1993, el Gobierno Regional de Arequipa tendrá plena responsabilidad administrativa y fiscal en la prestación de los servicios de salud pública y otros servicios esenciales. Para hacer frente a los numerosos retos de la regionalización, es necesario que el Ministerio de Salud regional sea consciente de la amplitud de los recursos regionales de salud, identifique las principales limitaciones y opciones de política para la financiación de la salud y formule un plan estratégico para el sostenimiento financiero.

Una evaluación de los sistemas de salud y financiación de dichos sistemas en la región de Arequipa fue iniciada por la USAID/Lima y llevada a cabo por el Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud (HFS) a fin de determinar cómo ayudar al Gobierno Regional a implantar la regionalización de los servicios de salud. Entre el 1 y 24 de agosto de 1990, un equipo de estudio, integrado por un consultor externo y un grupo de expertos locales, recopiló información cuantitativa y cualitativa sobre la estructura, utilización, costos de operación y sistemas de financiación de los servicios de salud públicos (Ministerio de Salud), semipúblicos (Seguridad Social) y privados en la región de Arequipa. El equipo llevó también a cabo una encuesta de hogares a fin de obtener información sobre los patrones de utilización de los servicios de salud.

La evaluación tiene por finalidad, amén de la simple descripción de las características de los servicios de salud disponibles para la población en Arequipa, proporcionar a la USAID/Lima y al Ministerio de Salud Regional información básica fidedigna que les permita tomar decisiones sobre planificación y política. Por consiguiente, se hace hincapié en las cuestiones más pertinentes al Ministerio de Salud y al papel que la USAID/Lima puede desempeñar en ayudar al Gobierno Regional, directa e indirectamente.

Las siguientes recomendaciones fueron producidas por el extenso análisis de los recursos de salud en la región de Arequipa, tal como se presentan en este informe.

Recomendación 1: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere el establecimiento de un consejo consultivo de salud de alto nivel. Dicho consejo pudiera incluir representantes del Ministerio de Salud, del IPSS, de los proveedores privados y financiadores de la atención de salud, de las empresas, de las agencias profesionales de salud y de la población. La función del consejo sería ayudar a formular la política de atención de salud, definir los papeles de las distintas partes y proporcionar al Gobierno de Arequipa asesoramiento sobre las disposiciones y cuestiones afines. La USAID/Lima podría ayudar al Gobierno de Arequipa a establecer dicho consejo y, también podría proporcionar conocimientos técnicos para ayudar al consejo en sus actividades iniciales.

Recomendación 2: La USAID/Lima quizás desee considerar ayudar a capacitar al personal del Ministerio de Salud en el análisis de las opciones de asignación de recursos, tal como se presentan en este informe.

Recomendación 3: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere la redefinición del mecanismo de pagos por los usuarios dentro de los hospitales, centros de salud y postas de salud del Ministerio de Salud. Junto con esto, recomendamos que la USAID/Lima evalúe la factibilidad de proporcionar recursos al Gobierno de Arequipa para la asistencia técnica en la recuperación de los costos en las instalaciones del Ministerio de Salud. Dicha asistencia se requeriría para una determinación exacta del costo de los servicios, para la formulación de mecanismos de exenciones y para la concepción y ejecución de un sistema de gestión financiera.

Recomendación 4: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere cuidadosamente las opciones con respecto a las salas privadas en los hospitales públicos. Si opta por apoyar esta actividad, la USAID/Lima podría proporcionar asistencia técnica al Ministerio de Salud en la realización de los análisis necesarios para formular opciones de política para las salas privadas. Dicho análisis se centraría en una evaluación de la factibilidad de cambiar la situación actual, en la que los fondos del gobierno subvencionan las salas privadas, a una situación en que las salas cubran los gastos o subvencionen las instalaciones públicas.

Recomendación 5: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere la posibilidad de descentralizar el Ministerio de Salud, pasando la responsabilidad al de nivel de cada instalación (dentro de ciertos límites) para las decisiones importantes al nivel local.

Recomendación 6: Se necesitan estudios adicionales para estimar el nivel de necesidades, evaluar los factores locales pertinentes para la selección y diseño del sistema de productos farmacéuticos (por ejemplo, transporte, capacidad de suministro de medicamentos al por mayor, instalaciones de almacenamiento, experiencia en el control de las existencias de medicamentos, prácticas y experiencia en adquisiciones locales) y proponer un sistema. Será vital considerar la opción de contratar los servicios de productos farmacéuticos a una entidad del sector privado, que puede ser la opción más eficaz en función del costo. La USAID/Lima podría proporcionar asistencia técnica externa al Ministerio de Salud para realizar una evaluación de las opciones para mejorar la adquisición de productos farmacéuticos, y proporcionar asistencia en la ejecución de la opción u opciones seleccionadas.

Recomendación 7: Recomendamos que la USAID/Lima considere la posibilidad de ayudar al Ministerio de Salud Central y a los Ministerios de Salud Regionales a adquirir una mayor capacidad para adoptar decisiones sobre asignación de recursos en el sector salud que contribuyan al logro de las metas y satisfacción de las necesidades del sector salud. Esta iniciativa debería incluir una capacidad mejorada para la formulación de la política en todos los niveles, convertir las decisiones de política en cambios presupuestarios y evaluar los efectos de los cambios de política una vez hechos.

## **1.0 ANTECEDENTES**

### **1.1 FINALIDAD DEL ESTUDIO**

El 1 de enero de 1990, el Perú comenzó a descentralizar la gestión y financiación de los servicios públicos, entre ellos los de salud. Para 1993, el gobierno regional de Arequipa tendrá plena responsabilidad administrativa y fiscal en la prestación de los servicios de salud pública y otros servicios esenciales. Para hacer frente a muchos de los retos de la regionalización, es necesario que el Ministerio de Salud regional sea consciente de la amplitud de los recursos regionales de salud, identifique las principales limitaciones y opciones de política para la financiación de la salud y formule un plan estratégico para el sostenimiento financiero.

Una evaluación de los sistemas de salud y financiación de dichos sistemas en la región de Arequipa fue iniciada por la USAID/Lima y realizada por el Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud (HFS) a fin de determinar cómo ayudar al gobierno regional a poner en práctica la regionalización de los servicios de salud. El estudio obtuvo información sobre recursos financieros y de financiación en los sectores público (Ministerio de Salud), semipúblico (Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)) y privado en la región de Arequipa.

La evaluación tiene por finalidad, amén de proporcionar una simple descripción de las características de los servicios de salud disponibles para la población de Arequipa, facilitar a la USAID/Lima y al Ministerio de Salud Regional información básica fidedigna para decisiones con fines de planificación y política. Por tanto, se hace hincapié principalmente en las cuestiones más pertinentes para el Ministerio de Salud, y en el papel que la USAID/Lima puede desempeñar en ayudar al gobierno regional, directa e indirectamente.

Este informe presenta los resultados de la evaluación. El resto de este capítulo se dedica a proporcionar información de fondo sobre el proceso de regionalización. La Sección 2 presenta la metodología del estudio. La Sección 3 contiene información sobre el contexto de salud en la Región de Arequipa. Las Secciones 4, 5 y 6 contienen información sobre los proveedores --los sectores público, semipúblico y privado, respectivamente. Los resultados y la interpretación de una encuesta de hogares de los usuarios, incluyendo información sobre la utilización de los servicios, se presentan en la Sección 7. Finalmente, la Sección 8 contiene conclusiones y recomendaciones para todo el sector en cuanto a las medidas que pueden adoptar el gobierno regional y la USAID/Lima.

### **1.2 REGIONALIZACION: PROCESO Y ESTRUCTURA**

De acuerdo con el Plan Nacional de Regionalización que se rige por la Ley Pública 232878, para fines del año 1990 todos los servicios públicos financiados y administrados anteriormente por el gobierno central pasarán a ser responsabilidad de 12 gobiernos regionales, establecidos recientemente con dicha finalidad. Durante una etapa de transición, el gobierno central proporcionará fondos parciales, pero paulatinamente la responsabilidad financiera total cambiará a los gobiernos regionales. Para proporcionar una estructura administrativa, la ley estableció seis secretarías encargadas de administrar los

servicios y programas públicos en las áreas siguientes: Servicios sociales (entre ellos los de salud, educación y vivienda), manufacturas, industrias de extracción (por ejemplo, la minería), obras públicas e infraestructura, y planificación y presupuestos.

Aunque cada región tendrá una considerable autonomía administrativa sobre los programas y servicios locales, la ley de habilitación especifica que ciertas normas administrativas, tales como las políticas de administración de personal, se seguirán rigiendo hasta 1993 por las normas nacionales actualmente en vigor. Cada región ha de poseer una estructura orgánica específica basada en una asamblea regional que incluye, en la región de Arequipa, 10 representantes directamente electos. A su vez, la asamblea regional selecciona un consejo regional. De entre los miembros del consejo regional, el presidente de la región se selecciona para que preste servicios por un mandato de cinco años sin posibilidad de reelección.

En la región de Arequipa, ningún partido político individual obtuvo una mayoría electoral que le permitiera controlar la estructura gubernamental regional. Por tanto, el proceso actual de toma de decisiones políticas en Arequipa se rige mediante una coalición entre al menos cinco partidos principales (La Libertad, Fredemo, Izquierda Unida, Frena Traca y APRA). El partido comunista del Perú tiene poca fuerza en Arequipa y no es un actor principal en el gobierno regional. Se afirma que la coalición funciona bien y se prevee, de acuerdo con algunos observadores, que será fortalecida por las medidas económicas nacionales anunciadas el 8 de agosto de 1990. Víctor Manzur Suárez, miembro del Partido Izquierda Unida, que está a la cabeza en cuanto al número de diputados en la asamblea regional, fue elegido presidente del gobierno regional.

En la región de Arequipa, el derecho a designar candidatos para cada una de las seis secretarías establecidas en virtud de la ley de regionalización se asignó a los partidos principales que constituyen la coalición gubernamental, de acuerdo a sus intereses y orientación política. La Libertad y Fredemo controlan conjuntamente la planificación y presupuestos, así como el sector manufacturero; Frena Traca controla la secretaría de obras públicas; APRA controla el sector de industrias de extracción, e Izquierda Unida controla el sector de servicios sociales. Edgar Linares Huaco, miembro de Izquierda Unida, fue seleccionado por el Presidente Manzur para el cargo de Secretario Regional de Servicios Sociales y se le ha encomendado la formulación de un plan para racionalizar la provisión de servicios de salud y otros servicios sociales conforme a una estructura gubernamental regional.

### **1.3 RETOS ECONOMICOS AL PROCESO DE REGIONALIZACION**

Para la fecha del estudio, el Perú estaba experimentando la más grave crisis económica y social de su historia moderna después de un período hiperinflacionario continuo inducido por políticas económicas del gobierno resultantes en una inflación de más de un millón por cien durante el mandato de cinco años del ex Presidente Alan García.

Los precios de los productos básicos se dispararon en el curso de este período: el precio de la leche aumentó 33.000 veces, una lata de atún, 17.000 veces. Durante la semana del 30 de julio al 5 de agosto 1990, el país

experimentó una inflación de 27,6 por ciento, el mayor nivel registrado en los últimos dos años. Al mismo tiempo, los controles de precios mantuvieron los precios reales artificialmente bajos, ocasionando la bancarrota de innumerables productores. Por ejemplo, el precio controlado de un galón de gasolina, expresado en dólares, disminuyó de \$1,03 a \$0,14 en ese período. Para mediados de 1990, el inti se había devaluado más de 12.000 veces de su valor en 1985 contra el dólar de los Estados Unidos, de 12,4 por dólar en 1985 a 250.000 por dólar en agosto de 1990.

Alberto Fujimori, recién elegido Presidente del Perú, ocupó su cargo el 28 de julio de 1990. El 8 de agosto, el nuevo gobierno anunció un programa de ajustes con el que se pretendía detener la inflación, rescindir los compromisos de gastos del gobierno anterior y recaudar fondos para el tesoro nacional. Los controles de precios para la mayoría de los productos se cancelaron.

Quizás más que ningún otro sector, el sistema de salud ha experimentado los pronunciados efectos del reciente ajuste. El precio de los medicamentos, ya costosos y escasos debido a la espiral inflacionaria y a la dependencia de la industria farmacéutica de materias primas importadas, aumentó espectacularmente. Los precios de la gasolina y otros productos derivados del petróleo, artículos utilizados en grandes cantidades por los hospitales, aumentaron treinta veces frente al precio antes del ajuste. Para fines de agosto de 1990, los periódicos declararon cierres de hospitales debido a la escasez de alimentos, de suministros médicos y de combustibles. Los hospitales del sector público Honorio Delgado y Goyeneche en Arequipa dejaron de admitir a todos los pacientes salvo a los más críticamente enfermos. Análogamente, los hospitales del IPSS en todo el Perú declararon escasez de alimentos y medicamentos.

La crisis económica continúa, exacerbada por los choques económicos del reciente ajuste del gobierno, ha colocado a los gobiernos regionales recién electos en una posición aparentemente insostenible. El gobierno regional de Arequipa hace frente con dificultad a una abrumadora serie de cuestiones financieras que ponen en peligro la viabilidad del plan de descentralización. Los presupuestos basados en la tendencia hiperinflacionaria no podrían haber previsto el efecto del ajuste sobre los costos de operación. Aunque los sueldos del sector público se han congelado para un futuro previsible, los directores de programas no están seguros de qué forma continuar pagando al personal sin grandes aumentos en fondos gubernamentales, posibilidad que minaría el programa de austeridad del nuevo gobierno.

Aunque algunos han especulado sobre el futuro de la regionalización con el nuevo gobierno de Fujimori, la mayoría de los observadores están de acuerdo en que la frustración desde hace tiempo sentida con la burocracia y el control centralizados en el Perú impedirán intentos por detener la descentralización. Sin embargo, los efectos del ajuste económico y los agudos problemas de la corriente de fondos que ha ocasionado presentan graves amenazas para la capacidad de los gobiernos regionales recién establecidos para mantener los servicios. Si no se efectúan asignaciones adicionales del gobierno central, los funcionarios locales pueden verse confrontados con la decisión de reducir programas (y personal) o aumentar los ingresos mediante fuentes locales, alternativas que podrían socavar la credibilidad y estabilidad política de los gobiernos regionales.

## **2.0 METODOLOGIA DEL ESTUDIO**

Entre el 1 y el 24 de agosto de 1990, un equipo de estudio recopiló información cuantitativa y cualitativa sobre la estructura, utilización, costos de operación y sistemas de financiación de los servicios de salud en la región de Arequipa. El jefe del estudio fue Josh Coburn, MPH, especialista en gestión de servicios de salud, actuando en calidad de consultor del proyecto HFS. La etapa de recopilación de datos y entrevistas del estudio fue realizada por cuatro grupos de expertos locales. Siete profesionales de salud del Perú, entre ellos médicos practicantes, ex administradores de sistemas de salud y otros profesionales de la salud, formaron tres grupos de estudio para obtener información relacionada con los sectores públicos, semipúblicos y privados. Un cuarto equipo de estudio diseñó y realizó una encuesta de hogares.

El jefe del estudio preparó un borrador del informe, analizado por USAID/Lima, y revisado extensamente por los especialistas de financiación de la salud de HFS, entre ellos los doctores Ricardo Bitrán, Charles Griffin, Richard Roberts y Ruth Levine.

### **2.1 DATOS SOBRE LOS PROVEEDORES**

Cada vez que fue posible, los miembros del equipo resumieron los datos compilados de los registros de programas existentes. Cuando fue necesario, los datos primarios se recopilaron y compilaron utilizando fuentes disponibles. Para los datos obtenidos del sistema de atención de salud del IPSS, el personal del IPSS asumió responsabilidad de la preparación de la información solicitada. Se celebraron entrevistas con médicos, directores y otros empleados del sistema de salud a fin de obtener información básica, identificar las cuestiones del sistema de salud, definir los objetivos programáticos y ayudar a interpretar los datos. La encuesta por hogares recopiló datos primarios de los usuarios del sistema de salud en relación con la utilización de los servicios de salud y la experiencia de financiación de los residentes en varias zonas geográficas de la Ciudad de Arequipa.

Para describir los servicios de salud en los sectores público, semipúblico y privado, los objetivos principales del proyecto en relación con la recopilación de datos incluyeron información cuantitativa sobre los puntos siguientes para 1990, o, cuando fuera posible, para el período de 1985-90:

- recursos físicos, incluyendo la capacidad de servicios e instalaciones de salud
- recursos humanos, incluyendo el personal profesional y no profesional por tipo y actividad
- distribución geográfica de los recursos
- demanda satisfecha o utilización
- medidas de la eficiencia, tales como proporción de la capacidad utilizada o costo por unidad de producto

- recursos financieros, reflejados en el ingreso y gastos programáticos
- métodos de financiación

La elevada concentración de la población y recursos de salud en la Ciudad de Arequipa proporcionó una proyección geográfica natural para el estudio, aunque se obtuvo información para toda la región sobre los servicios del sector público y semipúblico. La información sobre las instalaciones del sector privado se obtuvo sólo para la Ciudad de Arequipa. En el alcance del trabajo, Apéndice A, se proporcionan detalles adicionales sobre la metodología.

## **2.2 DATOS SOBRE LOS USUARIOS**

La información sobre el comportamiento y actitudes de los usuarios hacia los distintos proveedores de atención de salud se obtuvo mediante una encuesta de 600 familias en tres barrios de la Ciudad de Arequipa. El objetivo de la encuesta fue obtener conocimiento directo de los individuos acerca de sus patrones de utilización de los servicios de salud y su acceso al seguro de enfermedad. Esta información complementaría los datos obtenidos por el equipo del estudio de fuentes secundarias, así como de las autoridades locales de salud. Los objetivos específicos de la encuesta fueron obtener información acerca de: (1) la utilización de los servicios curativos del Ministerio de Salud, del IPSS y de los proveedores privados durante un período de recordación de un año; (2) la prevalencia de la cobertura del seguro privado de enfermedad y el IPSS; y (3) las percepciones de los usuarios acerca de la calidad de los servicios de estas tres categorías de proveedores.

El equipo del estudio adoptó una estrategia de muestras estratificadas consistentes en seleccionar las familias de tres estratos residenciales de la Ciudad de Arequipa que se consideraba representaban grupos de población de ingresos bajos, medios y altos. Los esfuerzos para llevar a cabo la encuesta se vieron fuertemente limitados por los recursos disponibles. El número total de familias entrevistadas se determinó utilizando el número estimado de familias que el grupo de enumeradores podría entrevistar en un período de dos días. Esta estrategia de muestreo respondió a los términos de referencia emitidos por la USAID/Lima y se consideró que era el enfoque más apropiado, cuenta habida de las limitaciones de tiempo y presupuesto existentes. La encuesta se debe considerar como un primer esfuerzo encaminado a recabar información basada en la población sobre el comportamiento de las personas que utilizan el sector salud. Una labor de base científicamente más sólida requeriría tiempo y dinero adicional para un esfuerzo más amplio y se recomienda altamente como componente del trabajo futuro en Arequipa.

El Estrato 1 (estrato residencial de ingresos más bajos) incluyó los dos "pueblos jóvenes" de Hunter y Alto Cayma. Estos son pueblos relativamente nuevos establecidos en los últimos diez a 20 años y situados en el extrarradio de la ciudad. Hunter está a menos de 20 minutos por carretera de los hospitales del Ministerio de Salud en Arequipa y tiene un centro activo de salud de la comunidad. Alto Cayma está más lejos de los hospitales del Ministerio de Salud en Arequipa y tiene un centro de salud que cuenta con un programa limitado y cierra los fines de semana. El Estrato 2 (ingresos medios) consistió en

Yanahuara, un pueblo con un centro de salud bien equipado. Finalmente, el Estrato 3 (ingresos altos) estuvo representado por la comunidad de Umacollo. Tanto el Estrato 2 como el 3 se hallan próximos al centro de la ciudad y, por tanto, a los principales hospitales del Ministerio de Salud, del IPSS y privados.

La muestra estuvo integrada por un total de 600 familias de tres estratos residenciales. Este tamaño de la muestra se basó en el número de días disponibles para las entrevistas (la encuesta se realizó durante un fin de semana de dos días), la duración del instrumento de encuesta y el número de enumeradores disponibles (24 estudiantes de obstetricia y cinco profesores). La muestra total de 600 familias se asignó entre los tres estratos residenciales tomando como base las estimaciones de la proporción de la población total de la Ciudad de Arequipa que comprendía cada estrato. Así pues, la mitad, o 300 familias, se asignaron al Estrato 1; 40 por ciento o 240 familias se asignaron al Estrato 2 y el 10 por ciento restante o 60 familias se asignaron al Estrato 3. El equipo de la encuesta, tal como se indicó arriba, admite que este plan de muestreo hace que los datos resultantes sean inapropiados para fines de análisis estadístico.

Puesto que no se dispuso de datos censales, el equipo del estudio formuló un método para seleccionar las familias utilizando mapas de la ciudad con cuadras y límites de calles. Las cuadras individuales se identificaron para los entrevistadores que trabajaron en pares y tomaron una casa sí y otra no en las cuadras designadas. Se pidió a los entrevistadores que realizasen un máximo de cuatro encuestas por familia en cada cuadra individual y, luego, que pasasen a la cuadra siguiente indicada. Se seleccionó para que respondieran a la encuesta a los cabezas de familia.

El cuestionario recogió información sobre las características de la vivienda, sobre todos los miembros de la familia y sobre los individuos que habían experimentado un problema de salud (enfermedad o accidente) en los doce meses anteriores a la encuesta. En el Apéndice B se proporciona un ejemplar del cuestionario en español. La información sobre la vivienda incluyó datos sobre acceso a agua potable y al sistema de alcantarillado de la ciudad, propiedad de la vivienda y tipo de construcción, propiedad por la familia de distintos elementos, tales como refrigeradoras, teléfonos y automóviles. La información sobre todos los miembros de la familia incluyó su edad, sexo, educación, empleo, estado de beneficiario del seguro (inclusive el acceso al seguro privado y al IPSS) y su percepción acerca de los servicios de atención de salud proporcionados por el IPSS, el Ministerio de Salud y el sector privado.

La información sobre las personas que habían tenido un problema de salud reciente incluyó la gravedad percibida del problema, el tipo de proveedor de atención de salud visitado, si es que alguno, y, si procedía, los tipos de servicios obtenidos, si se efectuó un pago, el nivel de satisfacción de la persona con los servicios y la opinión del paciente acerca de varias características de los proveedores.

Normalmente, los estudios de la demanda de servicios de atención de salud, en particular los de la atención ambulatoria curativa, utilizan cortos períodos de recordación (por ejemplo, dos semanas o un mes anteriores a la encuesta). Para esta encuesta, sin embargo, se seleccionó un período de recordación de un año a fin de obtener un número mayor de encuestados que declaraban un problema

de salud. La desventaja de utilizar un período de referencia más largo es que la incapacidad de recordar puede resultar en una calidad deficiente de los datos, siendo las pérdidas de memoria mayores cuanto más lejos en el pasado ocurrieran los eventos. Sin embargo, puede suponerse que ese problema de recordación ha afectado a los encuestados de los tres niveles de la misma forma y, por tanto, no se considera que haya introducido sesgos en el análisis.

El cuestionario se sometió a pruebas piloto en 20 hogares de Alto Cayma y Yanahuara y se revisó posteriormente. Una vez finalizada la encuesta, los cuestionarios fueron analizados por el equipo de la encuesta, se codificaron las respuestas no categóricas y los datos se tabularon en una microcomputadora utilizando un programa de DBASE-II.

### **2.3 AJUSTE PARA TOMAR EN CUENTA LA INFLACION**

Las circunstancias económicas imperantes en el Perú en los últimos cinco años han resultado en hiperinflación y en una rápida devaluación del inti peruano contra el dólar de los Estados Unidos. Para tomar en cuenta los cambios ocurridos en este período en el valor del inti debidos a la inflación y la devaluación, se obtuvieron dos series de factores de ajuste utilizados por el Banco Central de la Reserva del Perú. Véase el Apéndice C donde se proporciona información detallada sobre el ajuste.

### 3.0 EL CONTEXTO DE SALUD DE AREQUIPA

La región de Arequipa, constituida por la provincia de Arequipa y siete provincias más, está situada en la parte sur del Perú y abarca zonas de la costa y de la sierra. Una porción sustancial de la región es montañosa y árida, aunque los valles fluviales que descienden de los Andes proporcionan la base para la economía principalmente agrícola de la región. Arequipa es un altiplano que se ensancha paulatinamente, desciende hasta el Pacífico y proporciona tierras para la agricultura cada vez que se tiene acceso al agua. Las industrias relacionadas con la minería, la pesca y la agricultura complementan la base económica de la región.

#### 3.1 POBLACION

La ciudad de Arequipa domina la región tanto demográfica como económicamente y es, en importancia, la segunda zona urbana del Perú después de Lima. De acuerdo con las estimaciones demográficas, desde 1981 la población de la región de Arequipa ha aumentado en más del 30 por ciento hasta alcanzar una cifra estimada de 965.000 en 1990 (véase el Cuadro 1). Al igual que otras zonas urbanas en el Perú y en América Latina en general, la ciudad de Arequipa ha aumentado a un ritmo aún más rápido, pasando de 452.000 habitantes en 1981 a 689.000 en 1990, un incremento de más del 50 por ciento. Más del 85 por ciento de la población de la región reside en zonas urbanizadas, en comparación con el 79 por ciento en 1981. Hoy, casi el 85 por ciento de la población urbana de la región vive en la ciudad de Arequipa, en comparación con el 77 por ciento en 1981.

<b>CUADRO 1</b>							
<b>POBLACION DE LA REGION Y CIUDAD DE AREQUIPA</b>							
<b>(miles de residentes)</b>							
<b>ZONA</b>	<b>1940</b>	<b>1961</b>	<b>1972</b>	<b>1981</b>	<b>1986</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>
<b>PERU (TOTAL)</b>	7.023	10.419	14.122	17.762	N/D	21.793	N/D
<b>REGION DE AREQUIPA (TOTAL)</b>	271	407	561	739	869	937	965
<b>REGION DE AREQUIPA (URBANO)</b>	155	251	420	587	720	793	819
<b>REGION DE AREQUIPA (RURAL)</b>	116	156	141	152	149	144	146
<b>CIUDAD DE AREQUIPA</b>	60	135	309	452	574	647	689
<b>CIUDAD DE AREQUIPA COMO % DE LA REGION</b>	22	33	55	61	66	72	71

**Fuentes:** Instituto Nacional de Estadística/Censo Nacional (1981), Elaboración en Perú en Números, 1990, Webb, R., Baca, G.F; Cuanto, S.A.; y Unidad Departamental de Salud Región Arequipa

Las ocho provincias de la región de Arequipa tienen cada una características distintivas. Casi el 94 por ciento de la población de la provincia de Arequipa es urbana en contraste con la adyacente Caylloma, cuya población urbana es del 58 por ciento (véase el Cuadro 2 en la página siguiente). La población de Islay, provincia costera, es predominantemente urbana (83%), y

reside principalmente en la ciudad portuaria de Mollendo. Las provincias costeras de Camaná y Caravelí tienen el 68 por ciento y el 60 por ciento de poblaciones urbanas, respectivamente, lo que denota la importancia de las ciudades y poblaciones pesqueras y agrícolas a lo largo de la estrecha faja de desierto entre las montañas y el mar. En contraste, las poblaciones del altiplano de las provincias de Castilla, Condesuyos y la Unión están en el interior y son principalmente rurales (el 62, 79 y 63% de la población en las zonas rurales, respectivamente).

<b>CUADRO 2</b> <b>POBLACIONES DE LOS DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1988</b>				
<b>DISTRITOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>POBLACION 1988 ('000s)</b>	<b>% URBANO</b>	<b>% RURAL</b>	<b>% DE LA REGION</b>
<b>PROVINCIA DE AREQUIPA</b>	669,3	93,9	6,1	73,5
<b>PROVINCIA DE CAYLLOMA</b>	52,0	57,7	42,3	5,7
<b>PROVINCIA DE ISLAY</b>	55,6	83,5	11,5	6,1
<b>PROVINCIA DE CAMANA</b>	42,7	67,7	32,2	4,7
<b>PROVINCIA DE CARAVELI</b>	26,1	60,3	39,7	2,9
<b>PROVINCIA DE CASTILLA</b>	36,1	38,3	61,7	4,0
<b>PROVINCIA DE CONDESUYOS</b>	10,2	21,4	78,6	1,1
<b>PROVINCIA DE LA UNION</b>	18,5	37,2	62,8	2,0
<b>TOTAL DE LA REGION</b>	910,5	85,0	15,0	100,0

Después de la provincia de Arequipa, cada una de las otras siete provincias representan menos de 6,1 por ciento de la población de la región. Las provincias más rurales --Castilla, Condesuyos y la Unión-- tienen el 4, 1,1 y 2 por ciento de la población de la región, respectivamente.

La estructura por edades de la población es similar a la de otros países latinoamericanos. Aproximadamente el 13 por ciento de la población de la región tiene menos de cinco años de edad; un 26 por ciento adicional tiene entre cinco y 14 años de edad (véase el Cuadro 3). La población de adultos comprende el 61 por ciento de la población de la región, incluyendo un 57 por ciento entre 15 y 64 años de edad y un 4,3 por ciento con más de 64 años.

<b>CUADRO 3</b> <b>DISTRIBUCION POR EDADES,</b> <b>REGION DE AREQUIPA, 1988</b>	
<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>% DE LA POBLACION</b>
<b>MENOR DE 1 AÑO</b>	2,6
<b>1-4 AÑOS</b>	10,3
<b>5-14 AÑOS</b>	25,8
<b>15-64 AÑOS</b>	57,0
<b>MAYOR DE 64 AÑOS</b>	4,3

### 3.2 ESTADO DE SALUD

Los indicadores del estado de salud en la región de Arequipa reflejan una población con necesidades importantes de atención primaria de salud, especialmente entre los lactantes y niños de corta edad. Sin embargo, los indicadores son favorables en comparación con los del Perú en su conjunto y son notablemente mejores que los de las regiones andinas, predominantemente rurales. Esto se debe principalmente al predominio de las zonas urbanas dentro de la región de Arequipa, tales como la ciudad de Arequipa, Camaná y Mollendo, en las que una gran proporción de la población tiene acceso a modernos sistemas sanitarios y de abastecimiento de agua potable.

La esperanza de vida de la población de la región de Arequipa es de 65 años, de acuerdo con los datos estadísticos del Ministerio de Salud para 1989, en comparación con un promedio de 63 años para el país en su conjunto. Entre las causas principales de mortalidad de la región figuran las enfermedades respiratorias, los tumores, los accidentes, los traumas y los envenenamientos. Se declara que la tuberculosis pulmonar es, en importancia, la octava causa de mortalidad (6% de todas las defunciones) y esta condición también es una de las razones más comunes para las visitas a clínicas ambulatorias entre los niños de uno a cuatro años de edad.

Por cada 1.000 niños nacidos en la región de Arequipa, 73 mueren antes de llegar a la edad de un año (en comparación con el 82 para todo el país y el 57 para Lima/Callao). En contraste, en los departamentos predominantemente rurales del Perú, tales como Apurímac, Cuzco y Madre de Dios en la provincia Inca, la mortalidad infantil ocurre a razón de 120, 126 y 88 por 1.000 nacimientos vivos, respectivamente.

Cuarenta por ciento de la mortalidad infantil en la región de Arequipa resulta de infecciones que se originan en el período perinatal y otro 40 por ciento se atribuye a infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas (véase el Cuadro 4). Tal como se indica en el Cuadro 5, la mitad, aproximadamente, de las defunciones en los niños de la Región de Arequipa entre las edades de uno y cuatro años resultan de desinteria y gastroenteritis, enfermedades respiratorias (sin incluir la tuberculosis) y carencia nutricional.

CUADRO 4 CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD INFANTIL (< 1 AÑO), PROVINCIA DE AREQUIPA, 1988	
CAUSAS	% DE LOS MUERTES
CIERTAS CAUSAS DEL PERIODO PERINATAL	43,7
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	24,4
DISENTERIA Y GASTROENTERITIS	16,9
ANOMALIAS CONGENITO	3,4
OTRAS INFECCIONES	2,1
INMATURIDAD	2,1
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	1,3
DESORDENES DEL SISTEMA NERVIOSO	1,3
DESORDENES HORMONALES Y METABOLICOS	1,2
HERIDOS Y ENVENENADOS	1,0
OTRAS CAUSAS	2,6

CUADRO 5 CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD INFANTIL (1 A 4 AÑOS), REGION DE AREQUIPA, 1988	
CAUSA	% DE LOS MUERTES
DISENTERIA Y GASTROENTERITIS	34,3
HERIDOS, ACCIDENTES Y ENVENENADOS	24,7
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	20,2
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	4,8
DESORDENES HORMONALES Y METABOLICOS	3,1
OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITICAS	2,8
DESORDENES DEL SISTEMA NERVIOSO	2,2
TUBERCULOSIS	1,7
TUMORES/CANCER	1,1
ANOMALIAS CONGENITAS	1,1
OTRAS CAUSAS	2,9

Los niveles y patrones de mortalidad infantil y juvenil en Arequipa denotan debilidades importantes de los servicios de la atención primaria y preventiva de salud, así como el bajo nivel socioeconómico y la exposición a agentes ambientales. En las secciones siguientes se analizan la disponibilidad de servicios de salud y las repercusiones de las prácticas actuales de financiación de la atención de salud para el mejoramiento a largo plazo del sistema de atención de la salud.

#### 4.0 EL MINISTERIO DE SALUD: ORGANIZACION, SERVICIOS Y RECURSOS

Por ley, la misión del Ministerio de Salud del Gobierno del Perú consiste en proporcionar servicios de salud pública y médicos a aquella porción de la población que no tiene acceso a otras fuentes de atención. En el pasado, los servicios del Ministerio de Salud en el Perú se proporcionaban a través de 28 unidades de salud departamentales, en cada uno de los departamentos o estados del país. El plan actual de regionalización exige la creación de 12 regiones políticas, en sustitución de los 28 departamentos. Al contrario de otras partes del país, la región de Arequipa continuará comprendiendo sólo el departamento de Arequipa. Incluye las provincias de Arequipa, Caylloma, Islay, Camaná, Caravelí, Castilla, Condesuyos y La Unión, que, para fines administrativos se agrupan de la manera siguiente: Arequipa y Caylloma; Islay, Camaná y Caravelí; Castilla, Condesuyo y La Unión.

En la presente sección se describe la organización, servicios y recursos del Ministerio de Salud regional, que forma parte de la Secretaría de Servicios Sociales del gobierno regional de Arequipa. (Antes de la regionalización, el Ministerio de Salud de Arequipa se llamaba Unidad de Salud Departamental en la Región de Arequipa).

#### 4.1 INSTALACIONES

El Ministerio de Salud opera y dota de personal a un total de 179 instalaciones de salud en toda la Región de Arequipa, incluidos hospitales, centros de salud y postas de salud (véase el Cuadro 6).

<b>CUADRO 6</b> <b>DISTRIBUCION DE LOS HOSPITALES. CENTROS DE SALUD. POSTAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.</b> <b>REGION DE AREQUIPA. 1990</b>							
<b>PROVINCIA</b>	<b>POBLACION DE 1988</b>	<b>% URBANO</b>	<b>HOSP.</b>	<b>CAMAS HOSP.</b>	<b>CENTROS DE SALUD</b>	<b>CAMAS DE LOS CENTROS</b>	<b>POSTAS DE SALUD</b>
AREQUIPA	669.300	94	2	983	20	--	52
CAYLLOMA	52.000	58	--	--	3	8	18
ISLAY	55.600	88	--	77 <sup>1</sup>	3	--	4
CAMANA	42.700	68	1	78	3	--	10
CARAVELI	28.100	60	--	--	4	--	12
CASTILLA	36.100	38	1	26	5	12	16
CONDESUYOS	10.200	21	--	--	2	17	8
LA UNION	18.500	37	--	--	1	--	14
<b>REGION DE AREQUIPA TOTAL</b>	<b>910.500</b>	<b>85</b>	<b>4</b>	<b>1.164</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>134</b>

<sup>1</sup>. Camas del Ministerio de Salud en el Hospital Integrado de Mollendo

Fuente: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades)

El Ministerio de Salud opera cuatro hospitales en la región, con un total de 1.087 camas. En virtud de un acuerdo de utilización conjunta con el IPSS, el Ministerio de Salud también proporciona servicios ambulatorios y de hospitalización a los clientes del Ministerio de Salud en el Hospital Integrado de Mollendo, una instalación administrada y dotada de personal principalmente por

el IPSS. Incluyendo las 77 camas del Ministerio de Salud en el Hospital Mollendo, el Ministerio de Salud mantiene un total de 1.164 camas de hospital en la región. Los hospitales de salud en Arequipa proporcionan un promedio de una cama por cada 829 habitantes, una oferta pública tres veces mayor que el promedio nacional del Perú (una cama por 2.500 habitantes).

Debido en parte al énfasis del programa nacional de salud en la provisión de servicios de atención primaria de salud, un programa de inversiones amplió el número de instalaciones primarias de salud (centros de salud y postas de salud) en todo el Perú. La región de Arequipa mantiene en la actualidad 41 centros de salud, lo que representa un incremento de aproximadamente el 30 por ciento desde 1987; cada centro de salud está concebido para servir a un promedio de 23.500 habitantes, aproximadamente la norma nacional. La región de Arequipa tiene 234 postas de salud, cifra que representa un aumento de los 68 que poseía en 1985 y de los 124 que tenía en 1987. Los postas de salud sirven a un promedio de 6.800 habitantes, más que el promedio nacional de 5.000 por puesto de salud.

Aproximadamente el 44 por ciento de los 41 centros de salud del Ministerio de Salud y el 46 por ciento de los 134 postas de salud están situados fuera de la zona metropolitana de Arequipa. Aun cuando la población promedio servida por los centros de salud y los postas de salud en las zonas rurales y costeras es mucho menor que en la provincia de Arequipa, el acceso geográfico de dichas instalaciones sigue siendo un problema importante debido a la amplia dispersión de la población. Cuatro distritos rurales carecen de instalaciones del Ministerio de Salud.

Una cuestión importante que deberá abordarse en la planificación del sistema regional de salud es la concentración de instalaciones públicas en la provincia de Arequipa, cuya población es casi totalmente urbana. Esta provincia tiene el 74 por ciento de la población, el 84 por ciento de las camas de los hospitales públicos y también un 49 por ciento de los centros de salud y 39 por ciento de los postas de salud, cifras sorprendentemente elevadas. El hecho de si un sistema tan extenso en una zona muy urbanizada constituye un uso eficiente de los fondos públicos es una cuestión que está en tela de juicio y que el Ministerio regional debería estudiar.

## **4.2 RECURSOS HUMANOS**

### **4.2.1. Recursos regionales de personal**

El Ministerio de Salud dota a sus instalaciones de salud y servicio directo con casi 2.600 trabajadores con dedicación exclusiva, de los cuales un 27 por ciento son asignados a centros de salud y postas de salud y el 73 por ciento restante a los hospitales (véase el Cuadro 7). Estas cifras excluyen la cantidad adicional de 140 empleados administrativos asignados para la oficina central del Ministerio de Salud en Arequipa.

Los médicos y enfermeras comprenden casi una tercera parte de todo el personal de las instalaciones de salud. De acuerdo con las cifras proporcionadas por el Colegio Médico de Arequipa, el Ministerio de Salud emplea aproximadamente a una cuarta parte de los 1.080 médicos titulados de la Región de Arequipa.

Casi el 60 por ciento de todo el personal de las instalaciones son otros profesionales (por ejemplo, técnicos) y auxiliares, que prestan servicios en funciones complementarias de la atención a los pacientes. Esta categoría también incluye a los funcionarios que no proporcionan servicios de atención de salud.

**CUADRO 7**  
**TIPO Y DISTRIBUCION DEL PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS**  
**CENTROS DE SALUD Y POSTAS DE SALUD Y HOSPITALES,**  
**REGION DE AREQUIPA, 1990**

<i>TIPO DE PERSONAL</i>	<i>CENTROS Y POSTAS DE SALUD</i>	<i>CENTROS DE SALUD (% DEL TOTAL)</i>	<i>HOSPITALES</i>	<i>HOSPITALES (% DEL TOTAL)</i>	<i>TOTAL (% OF TOTAL)</i>
<i>MEDICOS</i>	75	27	210	73	276 [10,6]
<i>ENFERMERAS-PARTERAS</i>	43	49	45	51	88 [3,4]
<i>ENFERMERAS</i>	116	27	313	73	429 [16,6]
<i>OTROS PROF./AUX./FUNC.</i>	364	25	1.096	75	1.460 [56,3]
<i>ADMINISTRATIVO<sup>1</sup></i>	103	30	236	70	339 [13,0]
<b>TOTAL DE LA REGION</b>	701	27	1.891	73	2.592

1. Excluye 140 de personal en la administración del Ministerio en Arequipa.

Fuente: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Aproximadamente el 13 por ciento del personal de las instalaciones del Ministerio de Salud está asignado a responsabilidades administrativas. Si se agrega el personal administrativo de las oficinas centrales del Ministerio de Salud al personal administrativo de las instalaciones, más de un 17 por ciento del personal del Ministerio de Salud pertenece a la categoría administrativa. Un 11 por ciento, aproximadamente, de todos los cargos de personal presupuestados del Ministerio de Salud se hallan vacantes en la actualidad.

En fecha reciente, 42 individuos asignados a la administración central del Ministerio de Salud se jubilaron en preparación para la descentralización administrativa del sistema del Ministerio de Salud, dejando a 98 empleados administrativos en la oficina central. Un grupo especial del Ministerio de Salud designado para estudiar la estructura administrativa del sistema regional de salud pública está considerando la factibilidad de reducir la dotación de la oficina administrativa regional a 30-50 individuos. Con este proyecto, el personal de la oficina central restante se reasignaría para trabajar en lugares donde preste servicios directos, incluyendo los centros de salud y postas de salud.

De estos datos surge una cuestión importante. Los hospitales constituyen solamente el dos por ciento de las instalaciones de salud pública en la región, pero requieren el 73 por ciento del personal, lo que indica el elevado costo en materia de recursos de estas instituciones, la importancia de utilizar los recursos con eficacia y la cuestión normativa de si la concentración de los recursos es apropiada para el logro de los objetivos del sector público en materia de salud.

#### 4.2.2. Dotación de los centros de salud y postas de salud

Los centros de salud y postas de salud se dotan de personal para proporcionar servicios básicos de atención primaria de salud, con un total de 75 médicos, 43 enfermeras, 116 parteras y 364 empleados de otras categorías relacionadas con la salud. Los centros de salud están dotados típicamente de médicos de medicina general (generalistas) y ningún centro cuenta con un especialista de medicina interna. Hay, como promedio, 1,8 médicos del Ministerio de Salud por centro de salud existente del Ministerio de Salud. En contraste, los postas de salud rara vez cuentan con médicos.

En las provincias predominantemente rurales, por ejemplo, en el área combinada de Castilla, Condesuyos y La Unión, están asignados en total 17 médicos del Ministerio de Salud con dedicación exclusiva. Seis de estos médicos están asignados al Hospital Aplao (Castilla) y una cifra adicional de cinco están asignados a los cinco centros de salud en esta provincia. Los seis médicos restantes del Ministerio de Salud están asignados a los tres centros de salud y 17 postas de salud en las provincias de Condesuyos y La Unión.

Para fines ilustrativos, en el Cuadro 8 (a continuación) se presentan datos sobre la dotación de las instalaciones para dos centros de salud y seis postas de salud, todos ellos situados en las proximidades de la Ciudad de Camaná. Los centros de salud y dos de los postas de salud tienen cada uno un médico o una partera y enfermera, mientras que los otros cuatro postas de salud cuentan sólo con técnicos sanitarios. Si este patrón de educación de personal es típico de la región, muchos de los centros de salud y la mayoría de los postas de salud sólo pueden proporcionar la atención más básica debido a las limitadas cualificaciones del personal.

**CUADRO 8**  
**DOTACION PROFESIONAL ILUSTRATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LAS**  
**INSTALACIONES DE SALUD URBANAS Y SEMIURBANAS, CAMANA, 1990**

<b>FACILIDAD</b>	<b>MÉDICOS</b>	<b>PARTERAS</b>	<b>ENFERMERAS</b>	<b>TÉCNICAS DE ENFERMERIA</b>	<b>TÉCNICAS DE SANIDAD</b>
<b>CENTROS DE SALUD</b>					
<b>SAN GREGORIO</b>	0	1	1	4	1
<b>SAN JOSE</b>	1	0	1	2	1
<b>HEALTH POSTS</b>					
<b>EL CARMEN</b>	1	0	0	0	1
<b>HUALAPUY</b>	0	0	0	0	1
<b>PUCCHUN</b>	0	0	0	0	1
<b>EL CARDO</b>	0	0	0	0	1
<b>QUILCA</b>	0	0	0	0	1
<b>LA PAMPA</b>	0	1	1	0	1

Fuente: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

#### 4.2.3. Dotación de personal de los hospitales

Una gran proporción del personal clínico, de apoyo y administrativo del Ministerio de Salud, está asignado a los hospitales del Ministerio de Salud, y una elevada proporción del personal de hospital está radicada en las instalaciones de atención de casos agudos situadas en la ciudad de Arequipa. Más

del 70 por ciento de todo el personal de salud del Ministerio de Salud en cada categoría, con la excepción de las enfermeras-parteras, está asignado a instituciones de atención de casos agudos.

Casi el 86 por ciento de todo el personal hospitalario del Ministerio de Salud está asignado a dos hospitales, con el 70 por ciento aproximadamente de este personal asignado al Hospital Honorio Delgado y el 30 por ciento restante asignado al Hospital Goyeneche. Estos dos hospitales poseen el 88 por ciento de todos los médicos radicados en hospitales del Ministerio de Salud y un 86 por ciento de las enfermeras y técnicos de enfermería basados en hospitales (véase el Cuadro 9).

<b>CUADRO 9</b>					
<b>TIPO Y DISTRIBUCION DE PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS HOSPITALES, REGION DE AREQUIPA, 1990</b>					
<b>TIPO DE PERSONAL</b>	<b>HONORIO DELGADO</b>	<b>GOYENECHÉ</b>	<b>CAMANA</b>	<b>APLAO</b>	<b>TODOS LOS HOSPITALES</b>
<b>MÉDICOS</b>	114	64	17	6	201
<b>ENFERMERIA</b>					
<b>ENFERMERA-PARTERA</b>	21	10	10	4	45
<b>ENFERMERAS</b>	208	59	37	9	313
<b>TÉCNICAS DE ENFERMERIA</b>	205	110	39	--	354
<b>AUXILIARES</b>	27	8	--	4	39
<b>TOTAL</b>	461	187	86	17	751
<b>TÉCNICO</b>					
<b>TÉCNICOS</b>	75	38	22	N/A	N/A
<b>AUXILIARES</b>	14	1	--	N/A	N/A
<b>TOTAL</b>	89	39	22	33	183
<b>FUNCIONARIOS/OTROS SERVICIOS/APOYO</b>					
<b>ADMINISTRACIÓN<sup>1</sup></b>	106	79	28	23	236
<b>TOTAL DEL PERSONAL HOSPITALARIO</b>	1.133	490	182	86	1.891

1. Excluye administración regional del Ministerio.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

### 4.3 UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

Tal como indican los patrones de dotación de personal y la infraestructura, los postas de salud y centros de salud son la fuente de una cantidad limitada de atención básica de salud; los recursos de hospital dominan el sector público. La información sobre utilización disponible define adicionalmente el papel de los distintos niveles de instalaciones en atender las necesidades básicas de salud de los residentes de la región de Arequipa.

#### 4.3.1. Fuentes de servicios ambulatorios

La distribución de las visitas ambulatorias por tipo de servicio y fuente de la atención denotan las diferencias en la capacidad de provisión de servicios de salud entre los centros de salud y las instalaciones hospitalarias. Los servicios ambulatorios de salud del Ministerio de Salud más íntimamente asociados

con la atención primaria son proporcionados principalmente por los centros de salud y postas de salud en vez de por los hospitales, lo que indica un uso apropiado de las instalaciones de atención primaria de salud.

En el Cuadro 10 se muestra que más del 71 por ciento de todas las visitas ambulatorias en las provincias de Arequipa y Caylloma se efectuaron a centros de salud y postas de salud y el 29 por ciento restante a los hospitales de Arequipa, Honorio Delgado y Goyeneche. A los centros/postas de salud en Arequipa y Caylloma correspondieron al menos tres cuartas partes de todas las visitas ambulatorias para cinco servicios principales orientados a la atención primaria de salud (medicina general, pediatría, obstetricia, ginecología y servicios dentales). A estos servicios orientados a la atención primaria de la salud correspondió el 70 por ciento de todas las visitas ambulatorias a las instalaciones de salud del Ministerio de Salud. Los centros/postas de salud también recibieron tres cuartas partes de todas las peticiones de certificados de salud (para empleo y otros fines). A dichas peticiones corresponde el 14 por ciento de todas las visitas ambulatorias a los centros y hospitales de salud.

**CUADRO 10**  
**DISTRIBUCION DEL VOLUMEN DE SERVICIOS AMBULATORIOS:**  
**LOS HOSPITALES DE AREQUIPA EN COMPARACION CON LOS CENTROS Y POSTAS DE SALUD DE AREQUIPA Y CAYLLOMA, 1989<sup>1</sup>**

SERVICIO	VISITAS TOTALES CENTROS/POSTAS DE SALUD/HOSPITALES	% EN LOS CENTROS/POSTAS DE SALUD DE AREQUIPA & CAYLLOMA	% EN LOS HOSPITALES DE AREQUIPA
Medicina interna	8.705	0	100
Medicina general	36.585	100	0
Neumonología	3.421	0	100
Cardiología	1.614	0	100
Neurología	1.514	0	100
Gastroenterología	1.824	0	100
Dermatología	1.918	0	100
Radioterapia	2.185	0	100
Epidemiología	203	0	100
Oncología	81	0	100
Certificados de salud	41.561	75	25
Otra medicina	2.085	0	100
Cirugía general	6.590	11	88
Traumatología	3.673	0	100
Otolaryngología	4.728	0	100
Optalmología	4.984	0	100
Urología	1.491	0	100
Cirugía de oncología	1.888	0	100
Otra cirugía	256	0	100
Pediatría	49.281	81	19
Obstetricia	25.134	75	25
Ginecología	32.992	80	20
Dental	85.365	89	11
<b>Total</b>	<b>298.078</b>	<b>71</b>	<b>29</b>

1. Variación en los métodos de clasificación entre centros de salud y hospitales resulta en algunas de las diferencias de los servicios de especializaciones.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

#### 4.3.2. Servicios ambulatorios de hospital

La distribución de las visitas ambulatorias a los hospitales del Ministerio de Salud indica un patrón de utilización que concuerda con las necesidades de atención primaria de salud de la población de la región. Entre los hospitales del Ministerio de Salud, se constató que la medicina interna general, la pediatría, la obstetricia y los servicios ginecológicos comprendían la proporción más elevada de visitas ambulatorias, tal como se indica en el Cuadro 11.

CUADRO 11 DISTRIBUCION DE LA UTILIZACION DE CLINICAS AMBULATORIAS POR SERVICIO EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 (% del total institucional)							
SERVICIO	HON. DELG.	GOYENECHÉ	CAMANA	APLAO	MOLLENDO <sup>1</sup>	UTES A.C. <sup>2</sup>	TOTAL DE LAS VISITAS A LA CLINICA
MEDICINA INTERNA GENERAL	12,0	7,5	21,6	30,4	35,7	18,3	21,6
NEUMONOLOGÍA	4,9	2,8	2,8	1,8	7,1	--	2,4
CARDIOLOGÍA	2,2	1,7	--	--	--	--	0,5
NEUROLOGÍA	3,0	--	--	--	--	--	0,5
GASTRO-ENTEROLOGÍA	3,7	--	--	--	--	--	0,5
DERMATOLOGÍA	2,9	1,3	--	--	--	--	0,6
ONCOLOGÍA	--	0,2	--	--	--	--	0,0
OTRA MEDICINA	4,2	--	--	--	--	--	0,6
CIRUGÍA GENERAL	9,4	3,2	12,1	2,6	8,0	0,4	4,0
TRAUMATOLOGÍA	6,0	1,9	--	--	--	--	1,7
OTOLARYN,	5,3	5,9	--	--	--	--	1,4
OPTALMOLOGÍA	9,1	1,2	--	--	--	--	1,5
UROLOGÍA	2,4	0,8	--	--	--	--	0,4
CIRUGÍA DE ONCOLOGÍA	--	5,3	--	--	--	--	0,6
PEDIATRICA	10,9	10,3	22,3	27,3	16,2	20,1	19,3
OBSTETRICA	7,2	7,3	13,6	13,0	3,9	9,5	9,1
GINECOLOGÍA	8,1	7,1	18,9	11,1	7,0	13,2	12,2
ODONTOLOGÍA	6,0	11,1	8,1	14,2	16,4	29,2	23,2
CERT. DE SALUD <sup>3</sup>	2,8	25,7	--	--	--	15,5	12,5
TOTAL DE LAS VISITAS <sup>4</sup>	50.184	35.741	13.441	9.126	57.526	212.153	378.171

1. Hospital integrado.
2. Visitas a los centros y postas de salud en Arequipa y Caylloma, para comparar.
3. Se requieren certificados de salud para emple y otros usos.
4. Excluye servicios de emergencia.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Entre los hospitales de apoyo del extrarradio, incluyendo los de Camaná, Aplao y Mollendo, la mayoría de las visitas ambulatorias se efectuaron para servicios de medicina general y pediatría, y estos servicios comprendieron una proporción más elevada de las visitas ambulatorias para estos hospitales que para los hospitales Honorio Delgado y Goyeneche. Honorio Delgado y Goyeneche, en

contraste, proporcionaron la única fuente de muchos tipos de servicios especializados. Entre todos los hospitales, los servicios especializados (por ejemplo, cardiología, neurología, ENT, urulogía y otros) representaron una pequeña proporción de todas las visitas ambulatorias a los hospitales. (Parte de la diferencia en la distribución de los servicios ambulatorios entre los hospitales comunitarios circundantes y los hospitales Honorio Delgado y Goyeneche quizás se deba a las diferencias en la clasificación de los servicios ambulatorios.)

#### **4.3.3. Fuentes y tipos de servicios hospitalarios**

Más de la mitad de todas las altas de hospital del Ministerio de Salud corresponden al Hospital Honorio Delgado; al Hospital Goyeneche correspondió una cifra adicional de 22,8 por ciento en 1989 (véase el Cuadro 12). A los Hospitales de Camaná y Aplao en su conjunto corresponde algo más del 10 por ciento de las altas, mientras que al Hospital Integrado de Mollendo corresponde el 15 por ciento restante de las altas de hospital del Ministerio de Salud.

<b>CUADRO 12</b>		
<b>ALTAS EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD,</b>		
<b>REGION DE AREQUIPA, 1989</b>		
<b>HOSPITAL</b>	<b>ALTAS DEL SISTEMA EN 1989</b>	<b>%</b>
<b>HONORIO DELGADO</b>	11.757	52,9
<b>GOYENECHÉ</b>	5.065	22,8
<b>CAMANA</b>	1.803	8,1
<b>APLAO</b>	485	2,2
<b>MOLLENDO</b>	3.109	14,0
<b>TOTAL</b>	22.219	100

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

La distribución de las altas de hospital entre los servicios clínicos principales dentro de cada hospital indica que un promedio del 40 por ciento de todas las altas están clasificadas como servicios de obstetricia (véase el Cuadro 13). Como promedio, una cifra adicional del 17 por ciento de las altas se tratan como servicios de pediatría. A las altas médicas corresponde una cifra adicional del 13,5 por ciento de todas las altas en todos los hospitales.

Como promedio, el 12 por ciento de todos los pacientes son admisiones de cirugía general y sólo el 4,5 por ciento son pacientes de ginecología (no todos son necesariamente admisiones quirúrgicas). En el Hospital Honorio Delgado, menos del 15 por ciento de los pacientes son admisiones quirúrgicas generales -- aproximadamente la misma proporción de altas quirúrgicas en los Hospitales de Camaná y Mollendo--. El Hospital Goyeneche tiene la tasa de admisión más baja para servicios quirúrgicos generales.

**CUADRO 13**  
**DISTRIBUCION DE LAS ALTAS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD POR SERVICIO PRINCIPAL,**  
**REGION DE AREQUIPA, 1989 (%)**

SERVICIO	HONORIO DELGADO	GOYENECHÉ	CAMANA	APLAO	MOLLENDO	TODOS LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO
MEDICINA	15,0	10,4	11,6	15,9	14,5	13,5
CIRUGÍA GENERAL	14,8	5,0	12,1	7,4	14,3	12,1
OBSTETRICA	39,9	46,7	41,2	54,2	33,5 <sup>1</sup>	40,5
GYNECOLOGÍA	2,8	8,3	13,4	7,7	--	4,5
PEDIATRICA	17,2	10,5	15,4	14,5	34,8	17,8
NEUMONOLOGÍA	2,0	--	3,1	0,1	3,0	1,7
ONCOLOGÍA	--	2,7	--	--	--	0,6
CLINICA PRIVADA	6,3	9,3	3,2	--	--	5,6
PSQUIARIA	1,4	--	--	--	--	0,8
OTROS SERVICIOS	0,6	6,9 <sup>2</sup>	--	--	--	1,8

1. Incluye altas ginecológicas.
2. Unidades para los prisioneros.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

En cada uno de los hospitales para los cuales se dispone de datos de casos combinados más detallados (diagnóstico), es evidente el predominio de la atención a la maternidad (véase el Cuadro 14).

**CUADRO 14**  
**LOS PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE ALTA PARA LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD,**  
**REGION DE AREQUIPA, 1989**  
**(% de las altas)<sup>1</sup>**

DIAGNOSTICOS	HONORIO DELGADO	GOYENECHÉ	CAMANA	APLAO
PARTO NORMAL	27,8	38,0	36,8	N/D <sup>2</sup>
DESORDENES DEL SISTEMA DIGESTIVO	8,7	6,3	6,7	3,3
CONDICIONES DEL PERIODO PERINATAL	8,5	--	--	--
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, ETC.	8,4	10,5	9,3	11,0
HERIDAS Y ENVENENADOS	7,6	5,3	6,7	23,0
ABORTOS, ETC.	6,2	7,5	7,7	18,0
DESORDENES DEL SISTEMA G-U	3,7	5,2	3,6	6,2
TUBERCULOSIS	3,4	2,8	5,2	2,8
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	3,3	4,0	6,5	9,0
TUMORES	2,7	4,2	--	--
DISENTERIA & GASTROENTERITIS	--	2,9	3,5	16,7
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	--	--	3,1	--
OTRAS ENFERMEDADES	19,8	13,3	10,8	10,0

1. Datos del Hospital Mollendo no son disponible.
2. Incluido en otras categorías.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

De acuerdo con la información sobre diagnósticos de alta, más de la mitad de todas las altas del sistema de hospitales del Ministerio de Salud corresponden a la atención obstétrica y relacionada con la maternidad. Entre los hospitales

de apoyo del Ministerio de Salud, en el Hospital de Camaná, tal como pudiera esperarse, un total del 37 por ciento, aproximadamente, de las admisiones correspondieron a partos y el 17 por ciento a condiciones relacionadas con la maternidad. Una tendencia similar se observó en el Hospital de Goyeneche.

La combinación de casos del Hospital Honorio Delgado es extraordinariamente similar a la de los hospitales de apoyo, a pesar de su condición de centro de referencia. Más de la mitad de las altas en el hospital Honorio Delgado correspondieron a diagnósticos que indicaron condiciones de maternidad o afines.

Aunque la combinación de casos de los cuatro hospitales del Ministerio de Salud parece ser bastante similar, tomando como base la información diagnóstica codificada disponible, la gravedad de las condiciones puede ser mayor en los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche. El Hospital Honorio Delgado, en particular, es el hospital mejor equipado entre los cuatro hospitales tanto clínica como técnicamente y puede proporcionar la atención más compleja.

Entre las razones comunes para buscar tratamiento en un hospital, las enfermedades y desórdenes del sistema digestivo figuran entre las causas más elevadas no relacionadas con la maternidad para hospitalización en Honorio Delgado. Muchas de estas admisiones son quirúrgicas, como reflejo del papel especializado de este hospital. Análogamente, prácticamente todos los tumores se tratan bien en Honorio Delgado o en Goyeneche, y este último posee un dispositivo de terapia de cobalto y una unidad importante subespecializada en el cáncer entre los hospitales del Ministerio de Salud.

#### **4.3.4. Origen de los pacientes en Honorio Delgado**

Los datos sobre el origen de los pacientes indican que el Hospital Honorio Delgado sirve principalmente como hospital de la comunidad, al servicio de residentes de zonas inmediatamente circundantes a la Ciudad de Arequipa, en vez de servir como instalación de referencia. Esta observación concuerda con la naturaleza predominantemente obstétrica y pediátrica de la combinación de casos del hospital.

La distribución de los pacientes hospitalizados por distrito o vecindad (dentro de la Ciudad de Arequipa) indica que la mayoría de los pacientes hospitalizados vive en la zona metropolitana de Arequipa, y una elevada proporción vive en los barrios inmediatamente circundantes al hospital. Casi una cuarta parte de las 11.728 altas en 1989 procedieron de Paucarpata, el barrio de la Ciudad de Arequipa donde está situado el Hospital Honorio Delgado (véase el Cuadro 15 en la página siguiente). Una cifra adicional del 59,3 por ciento de las admisiones al hospital provinieron de Socabaya, Cerro Colorado, Miraflores, Mariano Melgar, Cayma y Yanahuara, todas situadas en la zona metropolitana de Arequipa y con fácil acceso al hospital por transporte público. Así pues, más de cuatro quintas partes de las admisiones a Honorio Delgado provinieron de lugares locales en la Ciudad de Arequipa.

<b>CUADRO 15</b>			
<b>ORIGEN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, 1989</b>			
<b>DISTRITO</b>	<b>ALTAS</b>	<b>%</b>	<b>CUMULATIVO %</b>
PAUCARPATA	2.750	23,4	23,4
AREQUIPA	2.041	17,4	40,8
SOCABAYA	1.284	10,9	51,7
CERRO COLORADO	1.087	9,3	61,0
MIRAFLORES	928	7,9	68,9
MARIANO MELGAR	766	6,5	75,4
CAYMA	572	4,9	80,3
OTRAS PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO	453	3,9	84,2
OTROS DEPARTAMENTOS EN EL SUR DEL PERU	285	2,4	86,6
YANAHUARA	281	2,4	89,0
TIABAYA	249	2,1	91,1
LA JOYA	243	2,1	93,2
SACHACA	227	1,9	95,1
UCHUMAYO	132	1,1	96,2
VITORA	60	0,5	96,7
YURA	56	0,5	97,2
OTROS DEPARTAMENTOS EN PERU	50	0,4	97,6
SABANDIA	47	0,4	98,0
CHARACATO	43	0,4	98,4
SANTA RITA DE SIGUAS	22	0,2	98,6
OTRO Y DESCONOCIDO	130	1,1	99,7
<b>TOTAL</b>	<b>11.728</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Una proporción relativamente pequeña de los pacientes hospitalizados en Honorio Delgado provino de zonas externas: 3,9 por ciento de las altas provinieron de otras provincias de Arequipa y otro 2,4 por ciento, de otros departamentos en la región sur del Perú. Los pacientes restantes provinieron de dentro de la provincia de Arequipa.

La distribución geográfica de los pacientes hospitalizados a los que se les dio de alta en el Hospital Honorio Delgado refleja un patrón similar a los de los usuarios de servicios ambulatorios. Casi la mitad de los pacientes ambulatorios provinieron de Paucarpata y Ciudad de Arequipa (incluyendo distintas vecindades próximas al centro de la ciudad). Otras provincias en la región de Arequipa y otros departamentos del Perú proporcionaron 5,4 por ciento de las visitas ambulatorias en un día típico.

#### **4.3.5. Capacitación de los médicos de los hospitales del Ministerio de Salud**

El Hospital Honorio Delgado es la instalación docente principal de la Facultad Médica de la Universidad de San Agustín situada en la ciudad de Arequipa. El programa de estudios médicos de la universidad, prácticamente para todos los aspirantes al título de médico, se limita a la experiencia clínica obtenida en el recinto universitario del hospital en el transcurso de proporcionar atención hospitalaria y ambulatoria. Los médicos graduados se ven

expuestos primero a marcos de atención basados en la comunidad exigiéndoles realizar durante uno o dos años servicios "gratuitos" en instalaciones de salud en zonas urbanas periféricas y rurales.

#### **4.3.6. Patrones de utilización en el Hospital Integrado de Mollendo**

En 1985, el IPSS inició una expansión de las instalaciones de servicios de salud para los residentes asegurados por el IPSS en la región de Arequipa. En vez de construir nuevas instalaciones, el IPSS firmó un acuerdo con el Ministerio de Salud para utilizar las instalaciones existentes del Ministerio (principalmente centros de salud y postas de salud) y a fin de proporcionar personal para los usuarios del IPSS.

Desde entonces, el IPSS invirtió su política de expansión y ha reducido su red de instalaciones al nivel anterior a 1985, con una salvedad. El Hospital Mollendo, poseído y operado anteriormente con exclusividad por el Ministerio de Salud, ha seguido siendo una instalación compartida, llamada ahora el Hospital Integrado de Mollendo, utilizado por los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Ministerio de Salud y del IPSS y administrado y dotado de personal principalmente por el IPSS.

Este modelo de servicios compartidos es interesante por dos razones. Primero, si los servicios compartidos se proporcionan de forma eficiente, esta modalidad puede representar un posible ahorro tanto para el Ministerio de Salud como para el IPSS. Segundo, el personal del Ministerio de Salud ha expresado preocupación por que se dé tratamiento equitativo a los pacientes del Ministerio de Salud en una instalación del IPSS.

Los datos sobre utilización indican que el uso por los pacientes asegurados por el IPSS frente a los no asegurados varía grandemente según el servicio, siendo atendidos los pacientes no miembros del IPSS principalmente por servicios hospitalarios y los pacientes asegurados por el IPSS, por servicios ambulatorios. Un 69 por ciento de los pacientes hospitalizados en el Hospital Integrado de Mollendo no estaban asegurados por el IPSS (véase el Cuadro 16), lo que indica que los clientes del Ministerio tienen pleno acceso a la atención hospitalaria.

Casi el 64 por ciento de todos los usuarios de los servicios de emergencia tampoco eran usuarios del IPSS. En contraste, sólo una cuarta parte de las visitas ambulatorias correspondieron a usuarios no pertenecientes al IPSS.

Los servicios individuales varían considerablemente en la combinación de usuarios asegurados y no asegurados por el IPSS. Los individuos no asegurados por el IPSS representan menos del 45 por ciento de las admisiones hospitalizadas médicas y de cirugía general. Casi el 90 por ciento de las admisiones pediátricas corresponden a individuos no asegurados, principalmente debido a que el IPSS no abarca la atención pediátrica hospitalizada.

<b>CUADRO 16</b> <b>UTILIZACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS</b> <b>PARA ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS POR EL IPSS,</b> <b>HOSPITAL INTEGRADO DE MOLLENDO, 1989</b>			
<b>SERVICIOS</b>	<b>ADMISIONES</b> [% DE TOTAL]	<b>% ASEGURADO</b>	<b>% NO ASEGURADO</b>
<b>SERVICIOS HOSPITALIZADOS</b>			
<i>MEDICINA GENERAL</i>	451 [14,5]	56,9	43,1
<i>NEUMOLOGÍA</i>	93 [3,0]	21,5	78,5
<i>CIRUGÍA GENERAL</i>	443 [14,2]	55,9	44,1
<i>OB/GYN</i>	1.041 [33,5]	31,0	69,0
<i>PEDIATRICA</i>	1.081 [34,8]	10,5	89,5
<b>TOTAL DE SERVICIOS HOSPITALIZADOS</b>	<b>3.019 [100]</b>	<b>30,8</b>	<b>69,2</b>
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>			
<i>ODONTOLOGÍA</i>	9.652	72,4	27,6
<i>VISITAS A LA CLINICA</i>	47.874	74,4	25,6
<i>TODOS LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA</i>	18.007	35,4	64,6
<b>TOTAL DE VISITAS AMBULATORIAS</b>	<b>75.533</b>	<b>68,3</b>	<b>31,7</b>

Source: Documentos del Ministerio de Salud (Administración y facilidades).

#### 4.3.7. Utilización y capacidad de los hospitales del Ministerio de Salud en la ciudad de Arequipa

Los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche están situados a una milla de distancia el uno del otro en medio de la zona metropolitana de Arequipa. El compromiso de recursos que representan estas instalaciones, la extensa duplicación de instalaciones y servicios costosos de hospital y otras circunstancias -- principalmente la condición deteriorada del Hospital Goyeneche -- militan decididamente a favor de un análisis de la necesidad de mantener ambas de estas instalaciones para satisfacer las necesidades agudas de atención del Ministerio de Salud en Arequipa.

El número de camas habilitadas entre las dos instituciones no ha cambiado notablemente en los últimos cinco años. Sin embargo, la utilización no fue la que se habría esperado en circunstancias normales. Por ejemplo, entre 1985 y 1988, el número de altas aumentó ligeramente, pero mucho más lentamente que la población urbana servida por los hospitales. Entonces, en 1989 el volumen de altas descendió en más del 30 por ciento. Los efectos combinados de la crisis económica y los paros laborales en 1989 (véase el Cuadro 17) contribuyeron sin duda al descenso, pero se necesita un análisis adicional para explicar la diferencia entre las tasas de crecimiento de la población y las altas de hospital.

Debido a una tendencia a largo plazo hacia una duración menor de la estancia, que ocurre principalmente en los años antes de 1989, y un número relativamente constante de admisiones, la ocupación general de los dos hospitales

ha descendido. En 1985, la ocupación promedio de los hospitales combinados fue del 73 por ciento. Para 1988, la ocupación en Honorio Delgado había descendido al 63 por ciento de la capacidad de camas frente a su nivel anterior de aproximadamente el 77 por ciento. La ocupación en el Hospital Goyeneche descendió del 63 por ciento en 1985 al 58 por ciento en 1988. En 1989, ambos hospitales mantuvieron una ocupación ligeramente superior al 40 por ciento.

<b>CUADRO 17</b>					
<b>UTILIZACION DE LOS HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ,</b>					
<b>MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989</b>					
<b>INDICADORES DE UTILIZACIÓN</b>	<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>
<b>CAMAS</b>					
<b>HONORIO DELGADO</b>	703	719	719	722	718
<b>GOYENECHÉ</b>	288	259	261	264	265
<b>TOTAL</b>	991	978	980	986	983
<b>ALTAS</b>					
<b>HONORIO DELGADO</b>	15.204	16.549	17.048	16.996	11.757
<b>GOYENECHÉ</b>	6.935	6.571	6.791	6.558	5.065
<b>TOTAL</b>	22.139	23.120	23.839	23.554	16.822
<b>DÍAS HOSPITALARIOS</b>					
<b>HONORIO DELGADO</b>	197.928	199.055	186.235	166.798	111.231
<b>GOYENECHÉ</b>	65.761	61.046	59.390	53.737	41.508
<b>TOTAL</b>	263.689	260.101	245.625	220.535	152.739
<b>DURACIÓN DE LA ESTANCIA (DÍAS)</b>					
<b>HONORIO DELGADO</b>	13,0	12,0	10,9	9,8	9,5
<b>GOYENECHÉ</b>	9,5	9,3	7,9	8,2	8,2
<b>COMBINADA</b>	11,9	11,2	10,3	9,4	9,1
<b>OCUPACIÓN (%)</b>					
<b>HONORIO DELGADO</b>	77	76	71	63	42
<b>GOYENECHÉ</b>	63	64	62	58	43
<b>COMBINADA</b>	73	73	69	61	42

1. "Camas" refiere al número promedio de las camas en servicio en cada año. Los hospitales Honorio Delgado y Goyeneche tienen una capacidad de 770 y 290 camas.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Es probable que ocurran descensos adicionales en la duración de la estancia debido a cambios en la práctica u otras deficiencias de operación. Así pues, incluso si las altas de hospital mantienen los niveles previos a 1989, la ocupación de los hospitales puede seguir descendiendo.

A través del período de 1985-1988, el Hospital Honorio Delgado experimentó un incremento del 11 por ciento en las admisiones mientras que las admisiones al Hospital Goyeneche descendieron en un cinco por ciento. Los aumentos en las altas en el Hospital Honorio Delgado resultaron de incrementos en los departamentos de obstetricia y pediatría. En Goyeneche, las admisiones obstétricas aumentaron en un 12 por ciento, pero ningún otro servicio hospitalario registró un incremento durante ese período.

Comparando las reducciones en la duración de la estancia a través del período de 1985 a 1988, el Hospital Honorio Delgado experimentó una reducción del 25 por ciento en la duración de la estancia general mientras que la tasa correspondiente a la duración de la estancia del Hospital Goyeneche descendió en un 14 por ciento (véase el Cuadro 18). Con la excepción de la clínica privada (que experimentó un ligero incremento en la duración de la estancia), el Hospital Honorio Delgado registró descensos sustanciales en la duración de la estancia en todos los servicios. En contraste, el Hospital Goyeneche experimentó incrementos en la duración de la estancia en dos servicios de alto volumen --medicina y cirugía general-- y sólo modestas reducciones en otros servicios importantes.

**CUADRO 18**  
**TENDENCIAS EN LA DURACION MEDIA DE LA ESTANCIA POR SERVICIO PRINCIPAL,**  
**HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ, 1985-89 (días)**

SERVICIO	HOSPITAL	1985	1986	1987	1988	1989	% CAMBIO, 1985-88
MEDICINA GENERAL	HONORIO DELGADO	24,2	21,2	19,8	19,3	17,8	-20
	GOYENECHÉ	19,6	21,0	20,1	21,0	20,5	+7
CIRUGÍA GENERAL	HONORIO DELGADO	20,5	19,7	19,7	17,9	15,0	-13
	GOYENECHÉ	14,6	19,8	16,4	15,6	14,1	+7
OBSTETRICA	HONORIO DELGADO	3,6	3,5	3,2	3,1	2,8	-14
	GOYENECHÉ	2,4	2,5	2,4	2,3	2,1	-4
GINECOLOGÍA	HONORIO DELGADO	10,7	8,0	11,0	8,8	8,1	-18
	GOYENECHÉ	3,5	4,3	3,8	3,4	3,2	-3
PEDIATRICA	HONORIO DELGADO	13,5	13,4	11,0	8,5	7,8	-37
	GOYENECHÉ	12,6	11,7	11,8	11,5	11,5	-9
CLINICA PRIVADA	HONORIO DELGADO	5,6	5,4	5,5	5,7	4,8	+2
	GOYENECHÉ	N/D	6,4	6,7	5,3	4,7	-17
TOTAL	HONORIO DELGADO	13,0	12,0	10,9	9,8	9,5	-25
	GOYENECHÉ	9,5	9,3	8,7	8,2	8,2	-14

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Para estimar la utilización combinada de las instalaciones se utilizaron hipótesis de la capacidad y utilización basadas en la información contenida en los Cuadros 18 y 19. Para fines del análisis, se supuso que, en una operación combinada, el Hospital Honorio Delgado serviría como la instalación para las operaciones combinadas de hospital. Tal como se ilustra en el Cuadro 20, la operación combinada necesitaría servir 23.554 altas y 223.763 días-paciente con la capacidad actual de 722 camas habilitadas en el Hospital Honorio Delgado. Con estas hipótesis, la ocupación proyectada del Hospital Honorio Delgado sería de casi el 85 por ciento.

**CUADRO 19**  
**TENDENCIAS EN LAS ALTAS DE HOSPITALES ANUALES POR SERVICIO PRINCIPAL,**  
**HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ, 1985-89**

SERVICIO	HOSPITAL	1985	1986	1987	1988	1989	% CAMBIO, 1985-88
MEDICINA GENERAL	HONORIO DELGADO	2.628	2.879	2.639	2.371	2.037	-10
	GOYENECHÉ	939	760	712	657	568	-30
CIRUGÍA GENERAL	HONORIO DELGADO	2.428	2.631	2.510	2.553	2.295	+5
	GOYENECHÉ	701	625	639	583	581	-17
OBSTETRICA	HONORIO DELGADO	5.817	6.400	7.021	6.978	5.431	+20
	GOYENECHÉ	2.649	2.556	2.939	2.961	2.263	+12
GINECOLOGÍA	HONORIO DELGADO	622	672	525	577	417	-7
	GOYENECHÉ	662	661	612	554	403	-10
PEDIATRICA	HONORIO DELGADO	2.199	2.239	2.738	2.913	2.504	+32
	GOYENECHÉ	943	971	927	751	624	-20
CLINICA PRIVADA	HONORIO DELGADO	1.086	1.214	1.129	1.051	883	-3
	GOYENECHÉ	N/D	649	527	533	517	-18
TOTAL	HONORIO DELGADO	15.240	16.549	17.048	16.996	11.757	+11
	GOYENECHÉ	6.935	6.571	6.791	6.558	5.065	-5

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

**CUADRO 20**  
**ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO PARA ABSORBER LA CARGA DE PACIENTES DEL**  
**HOSPITAL GOYENECHÉ**

SUPOSICIONES	
1. ALTAS (ALTAS DE LOS HOSPITALES HONORIO DELGADO Y GOYENECHÉ COMBINADAS DE 1988, EL AÑO EN QUE EL TOTAL FUE LO MAS ALTO)	23.554 ALTAS
2. DURACIÓN DE LA ESTANCIA (1989 HONORIO DELGADO: DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE ENSEÑANZA EL MAS ALTA, PERO EL PROMEDIO SE REDUCIÓ POR 26.9 POR CIENTO ENTRE 1985 Y 1989)	9,5 DÍAS
3. TOTAL DE LOS DÍAS HOSPITALARIOS (1 x 2)	223.763 DÍAS
4. CAMAS DISPONIBLES IN HONORIO DELGADO (CAPACIDAD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ES 770 CAMAS; SE SUPONE QUE LAS CONVERSIONES DE LAS CAMAS REDUCE LA CAPACIDAD A 722, EL NUMERO DE CAMAS EN SERVICIO EN 1988)	722 CAMAS
5. CAMA-DÍAS DISPONIBLES EN UNA CAPACIDAD DE 722 CAMAS (722 x 365 DÍAS)	263.530 DÍAS
OCUPACIÓN DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO PROYECTADA, INCLUYENDO LAS ALTAS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ (3/5)	84,9%

#### 4.4 FINANCIACION Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

En esta sección se analizan los ingresos y desembolsos de operación (costos) incurridos por los servicios del Ministerio de Salud que se proporcionan en la región de Arequipa. En general, los ingresos y desembolsos operativos del Ministerio de Salud se presentan por categorías presupuestarias para 1985-1989. También se presentan los desembolsos operativos hospitalarios y se comparan sus costos. Asimismo se presentan datos ilustrativos sobre las instalaciones hospitalarias en cuanto a ingresos procedentes de los pagos por los usuarios y otras fuentes.

#### 4.4.1. Ingresos y desembolsos de operación del Ministerio de Salud

Los desembolsos operativos del Ministerio de Salud para la región de Arequipa, correspondientes a 1985-1989 (expresados en Intis constantes), han seguido una tendencia descendente. Aunque los desembolsos totales alcanzaron una cifra máxima de 82,7 millones de Intis constantes en 1987, los desembolsos han descendido en un 13 por ciento a través del período (véase el Cuadro 21).

CUADRO 21 DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL MINISTERIO DE SALUD POR CATEGORIA PRESUPUESTARIA, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989 (miles de Intis constantes (I.C.)) <sup>1</sup>										
CATEGORIA DE DESEMBOLSOS	1985		1986 <sup>2</sup>		1987		1988		1989	
	I.C.	%	I.C.	%	I.C.	%	I.C.	%	I.C.	%
<b>TESORERIA PÚBLICA</b>										
SUELDOS	50.547	73,1	42.217	67,1	58.656	70,8	40.150	65,0	44.771	74,6
BIENES	4.235	6,1	4.060	6,5	2.687	3,2	3.213	5,2	1.044	1,7
SERVICIOS	351	0,5	1.033	1,6	869	1,0	549	0,9	85	0,1
TRANSFERENCIAS ACTUALES <sup>3</sup>	3.417	4,9	2.660	4,2	3.421	4,1	3.851	6,2	3.312	5,5
PENSIONES <sup>4</sup>	6.949	10,0	9.577	15,2	13.036	15,7	10.484	17,0	8.505	14,2
DESEMBOLSOS CAPITALES <sup>5</sup>	--	--	--	--	--	--	294	0,5	--	--
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>65.499</b>	<b>94,7</b>	<b>59.547</b>	<b>94,7</b>	<b>78.669</b>	<b>95,0</b>	<b>58.541</b>	<b>94,8</b>	<b>57.717</b>	<b>96,3</b>
<b>INGRESOS DE OTROS FUENTES</b>										
BIENES	3.234	4,7	2.969	4,7	3.530	4,3	2.590	4,2	2.025	3,4
SERVICIOS	380	0,5	258	0,4	504	0,6	509	0,8	207	0,3
BIENES CAPITALES <sup>5</sup>	61	0,1	103	0,2	83	0,1	87	0,1	4	0,0
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>3.675</b>	<b>5,3</b>	<b>3.330</b>	<b>5,3</b>	<b>4.117</b>	<b>5,0</b>	<b>3.186</b>	<b>5,2</b>	<b>2.236</b>	<b>3,7</b>
<b>DESEMBOLSOS TOTALES</b>	<b>69.174</b>	<b>100</b>	<b>62.877</b>	<b>100</b>	<b>82.786</b>	<b>100</b>	<b>61.727</b>	<b>100</b>	<b>59.953</b>	<b>100</b>
<b>INDICE DE DEFLACION</b>	<b>1,00</b>		<b>1,76</b>		<b>3,12</b>		<b>20,98</b>		<b>419,26</b>	

1. Base (1.00) = 1985.

2. Se excluyen los desembolsos para el Ministerio de Salud, Camara y Apleo.

3. Se incluyen las contribuciones del Ministerio de Salud a IPSS (9% de los sueldos); y FONAVI (0,5% de los sueldos).

4. Contribuciones de las pensiones de los empleados del Ministerio de Salud (que son separadas de la pensión de IPSS).

5. No es inversión mayor; se excluyen los desembolsos capitales apoyados con fondos del Ministerio de Salud central (Lima).

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

El Ministerio de Salud deriva ingresos de dos fuentes: fondos del tesoro público (proporcionados por el gobierno central) e ingresos de otras fuentes. A pesar de la tendencia descendente en los desembolsos operativos totales en el curso de los últimos cinco años, la proporción del ingreso del Ministerio de Salud procedente de estas dos fuentes no ha cambiado notablemente en el período que analizamos. Los fondos del tesoro público han proporcionado el 95 por ciento de todos los fondos operativos para el Ministerio de Salud en cada uno de los años estudiados. El ingreso programático procedente de fuentes públicas fue de un 5,2 por ciento, aproximadamente, de los desembolsos totales en todos los años salvo en 1989, cuando descendió a un 3,7 por ciento, aproximadamente, de los desembolsos totales.

A los sueldos correspondió la mayor proporción de los desembolsos totales en todos los años, seguidos de las pensiones. Solamente a los sueldos correspondieron entre el 65 y el 75 por ciento de todos los desembolsos del

Ministerio de Salud en el curso de los años estudiados. Los costos de pensiones variaron entre el 10 y el 17 por ciento de los desembolsos operativos totales en el mismo período. Los desembolsos totales por concepto de personal, incluyendo el sueldo, transferencias actuales (inclusive los aportes de empleador obligatorios del Ministerio de Salud al programa de seguros de enfermedad del IPSS, así como los pequeños aportes al Fondo Nacional de la Vivienda/FONAVI - 0,5%) y pensiones (incluyendo los aportes del Ministerio de Salud a las pensiones de los empleados a parte de los pagos del fondo de pensiones del IPSS), oscilaron entre el 86 por ciento de los desembolsos programáticos totales del Ministerio de Salud en 1986 y el 94 por ciento de los desembolsos programáticos totales del Ministerio de Salud en 1989 (véase el Cuadro 22). Expresados como porcentajes de los fondos del Ministerio de Salud procedentes de fuentes públicas (es decir, excluyendo el ingreso de fuentes no públicas), los costos totales por concepto de personal y beneficios en este período oscilaron entre el 91 por ciento y el 98 por ciento de los desembolsos procedentes de fuentes públicas.

<b>CUADRO 22</b>					
<b>DESEMBOLSOS DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PERSONAL Y BENEFICIOS COMO PORCENTAJE DE LOS DESEMBOLSOS PROGRAMATICOS DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1985-1989</b>					
<b>CATEGORÍA DE DESEMBOLSO DE PERSONAL</b>	<b>1985</b>	<b>1986<sup>1</sup></b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>
<b>SUELDOS</b>	73,1	67,1	70,8	65,0	74,6
<b>TRANSFERENCIAS ACTUALES<sup>2</sup></b>	4,9	4,2	4,1	6,2	5,5
<b>PENSIONES<sup>3</sup></b>	10,0	15,2	15,7	17,0	14,2
<b>% CUMULATIVO DE DESEMBOLSOS DE PERSONAL COMO % DE LOS COSTOS TOTALES DE LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD</b>	88,0	86,5	90,6	88,2	94,3
<b>DESEMBOLSOS DE PERSONAL COMO % DE TESORO PÚBLICO (MINISTERIO DE SALUD) (SE EXCLUYE INGRESO DE LOS USUARIOS Y OTROS FUENTES)</b>	93,0	91,4	95,5	93,1	98,0

1. Se excluyen los desembolsos del Ministerio de Salud, Camaná y Aplao.
2. Se incluyen las contribuciones del Ministerio de Salud a IPSS (9% de los sueldos); y FONAVI (0,5% de los sueldos).
3. Contribuciones de las pensiones de los empleados del Ministerio de Salud (que son separadas de la pensión de IPSS).

**Source:** Documentos del Ministerio de Salud (administración) y facilidades.

La proporción de todos los fondos operativos empleados para artículos adquiridos ha descendido entre 1985 y 1989 de un total del 10,8 por ciento de todos los desembolsos en 1985 al 5,1 por ciento, aproximadamente, de todos los desembolsos en 1989. (Esta cifra se obtiene sumando el porcentaje de todos los desembolsos en 1985 de fondos públicos del tesoro y fondos no públicos.) Este descenso es especialmente notable debido a que esta partida del presupuesto incluye suministros médicos, medicamentos y otros bienes utilizados por el sistema de salud pública.

Para el período no se registraron prácticamente gastos locales de capital. Los gastos locales de capital variaron entre un máximo anual del 0,6 por ciento de los desembolsos totales en 1988 y cero en 1989. Los gastos principales de capital (por ejemplo, para edificación de nuevas instalaciones) son controlados por el Ministerio de Salud central y no se reflejan en estas cuentas.

#### 4.4.2. Desembolsos operativos del Ministerio de Salud dentro de los hospitales

Esta sección analiza los desembolsos hospitalarios en 1989, utilizando cifras correspondientes a este mismo año. Tal como se ilustra en el Cuadro 23, a los hospitales del Ministerio de Salud correspondió el 66 por ciento de todos los desembolsos operativos del Ministerio. A los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche correspondió más del 40 por ciento de todos los gastos operativos del Ministerio de Salud.

CUADRO 23 DESEMBOLSOS OPERATIVOS DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989 (% de todos los desembolsos de operación, millones de 1989 Intis actuales)					
HOSPITAL	DESEMBOLSOS TOTALES <sup>1</sup>	% DE DESEMBOLSOS HOSPITALARIOS DEL MINISTERIO	DESEMBOLSOS HOSPITALARIOS COMO % DE LOS DESEMBOLSOS DEL MINISTERIO <sup>1</sup>	% A SALARIOS <sup>2</sup>	% A COSTOS NO SALARIOS
HONORIO DELGADO	7.373	44,4	29,3	88,6	11,4
GOYENECHÉ	3.270	19,7	13,0	88,2	11,8
CAMANÁ	1.170	7,0	4,6	96,4	3,6
APLAO	630	3,8	2,5	92,5	7,5
MOLLENDO	4.157	25,0	16,5	93,1	6,9
TODOS LOS HOSPITALES	16.600	99,9	66,0	90,3	9,7

1. Total de desembolsos del Ministerio en 1989 (en millones de Intis actuales)  
= 1./25.135.895.

2. Salarios, transferencias actuales (IPSS, FONAVI), pensiones.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Entre los hospitales del Ministerio de Salud, al Hospital Honorio Delgado le correspondió la mayor proporción (44,4%) de todos los costos operativos hospitalarios del Ministerio. El Hospital Goyeneche representó una cantidad adicional del 20 por ciento de todos los desembolsos del Ministerio de Salud para servicios hospitalarios. A los hospitales de Camaná y Aplao les correspondió conjuntamente el 10,8 por ciento de todos los desembolsos hospitalarios y el 7,1 por ciento de todos los desembolsos programáticos del Ministerio de Salud.

A los sueldos correspondió ligeramente más del 88 por ciento de los gastos operativos hospitalarios tanto en el Honorio Delgado como en el Goyeneche. Los bienes y servicios adquiridos representaron sólo el 11 por ciento de los gastos. El Hospital de Camaná empleó el 3,6 por ciento de sus fondos en bienes y servicios adquiridos. Los Hospitales de Aplao y Mollendo emplearon el 7,5 por ciento y el 6,9 por ciento de los fondos en bienes y servicios, respectivamente.

Para identificar las diferencias en los costos operativos entre los hospitales del Ministerio de Salud, se calcularon medidas de eficiencia utilizando datos disponibles sobre capacidad, utilización y costo para 1989. Adviértase que los costos operativos corresponden a todos los servicios hospitalarios, y que estos costos se asignan sólo a camas o pacientes hospitalizados. Como consecuencia, suponemos que las visitas ambulatorias ocurren en la misma proporción que las estancias de pacientes hospitalizados y camas en todas las instalaciones. En comparación con otros hospitales del Ministerio de Salud, los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche tienen el costo

promedio más bajo por cama habilitada (véase el Cuadro 24). Utilizando esta medida, el Hospital de Aplao es dos veces más costoso y el Hospital Mollendo más de tres veces más costoso por cama que los dos hospitales menos costosos.

<b>CUADRO 24</b> <b>COMPARACION DE LOS COSTOS OPERATIVOS DE LOS HOSPITALES</b> <b>DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989</b>					
<b>INDICADOR</b>	<b>HONORIO DELGADO</b>	<b>GOYENECHÉ</b>	<b>CAMANÁ</b>	<b>APLAO</b>	<b>MOLLENDO</b>
<b>CAMAS</b>	718	265	78	26	110
<b>OCUPACIÓN (%)</b>	42	43	--	27	55
<b>ALTAS</b>	11.757	5.065	1.803	485	3.109
<b>DÍAS</b>	111.231	41.508	N/D	2.561	22.123
<b>COSTOS DE OPERACIÓN (TOTAL)<sup>1</sup></b>	7.373	3.270	1.170	630	4.157
<b>COSTO PROMEDIO POR CAMA<sup>1</sup></b>	10,2	12,3	15,0	24,2	37,8
<b>COSTO PROMEDIO POR ALTA<sup>1</sup></b>	0,63	0,64	0,65	1,3	1,3
<b>COSTO PROMEDIO POR DÍA<sup>1</sup></b>	0,07	0,08	N/D	0,24	0,19
<b>COSTO PROMEDIO POR ALTA (U.S. \$)</b>	45,79	46,51	47,24	94,48	94,48
<b>COSTO PROMEDIO POR DÍA (U.S. \$)</b>	5,09	5,81	N/D	17,44	13,81

1. En millones de 1989 Intis actuales.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Tomando como base los costos anuales por alta, los Hospitales Honorio Delgado, Goyeneche y Camaná tienen costos comparables. Sin embargo, los Hospitales de Aplao y Mollendo son más de dos veces más costosos por alta que los otros hospitales del Ministerio.

Tomando como base el costo promedio de un día-paciente en cada uno de los hospitales del Ministerio de Salud en 1989, el Hospital de Aplao es tres veces más costoso que el Hospital Honorio Delgado o el Hospital Goyeneche. El Hospital Mollendo es más de dos veces más costoso que cualquiera de estos hospitales en cuanto al costo por día-paciente. Parte de la diferencia en el costo pudiera explicarse si los hospitales aparentemente menos eficientes tratan proporcionalmente a más pacientes ambulatorios. Sin embargo, es más probable que si se incluyen las visitas ambulatorias, la mayor eficiencia relativa de Honorio Delgado y Goyeneche aumentaría.

#### **4.4.3. Recuperación de los costos en los hospitales y centros de salud**

Como resultado de la inflación continua y la falta de fondos disponibles para suministros y equipo, los hospitales y centros de salud no pueden continuar proporcionando suministros médicos gratuitos a los pacientes indigentes. Para poder comprar los suministros requeridos, entre ellos el equipo de un centro de salud, la mayoría de las instalaciones actualmente cobran por los servicios. Aun cuando por cierto tiempo han existido programas de costos para la mayoría de los servicios, hasta el año pasado los pacientes estaban liberalmente exentos de pago. Sin embargo, debido a la escasez crítica de fondos y suministros con los que realizar pruebas de laboratorio y exámenes de rayos X, las instalaciones de salud del Ministerio se han visto obligadas a insistir en el pago de servicios tales como los rayos X para permitir la compra de productos químicos y películas.

Los empleados de servicios sociales del Ministerio de Salud responsables de determinar las exenciones de pacientes individuales para los costos de hospitalización en el Hospital de Goyeneche indicaron que se ven sometidos a grandes presiones para no eximir a nadie de pagar al menos una porción de sus costos de hospitalización. Todos los centros de salud cobran cantidades nominales por sus servicios y eximen a pocas personas de pagar una porción de los costos de su atención. Los centros de salud han establecido fondos para comprar medicamentos y para venderlos al público.

Las limitaciones fiscales del Ministerio de Salud han obligado a los centros de salud y postas de salud a cargar por los productos farmacéuticos. Los datos disponibles sobre ventas al contado y exenciones en los centros de salud y postas de salud en la región para un período de once meses en 1989-1990 indican que el 98 por ciento del valor de los medicamentos distribuidos se recuperó en forma de pagos en efectivo por los pacientes; los medicamentos administrados gratuitamente representaron sólo el dos por ciento del valor de todos los medicamentos distribuidos (véase el Cuadro 25).

<b>CUADRO 25</b> <b>VENTAS EN EFECTIVO Y EXENCIONES PARA MEDICAMENTOS COMERCIALES ADMINISTRADOS POR LOS CENTROS DE SALUD Y POSTAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989-1990<sup>1</sup></b>		
<b>MES</b>	<b>VENTAS EN EFECTIVO (% DE TOTAL)</b>	<b>EXENCIONES (% DE TOTAL)</b>
<b>AGOSTO (1989)</b>	4.404.510 (99,2)	34.030 (0,8)
<b>SEPTIEMBRE</b>	7.465.595 (99,8)	13.100 (0,2)
<b>OCTUBRE</b>	7.280.786 (99,9)	3.240 (0,1)
<b>NOVIEMBRE</b>	8.849.030 (96,8)	290.230 (3,2)
<b>DECIEMBRE</b>	9.554.650 (91,1)	935.680 (8,9)
<b>ENERO (1990)</b>	28.391.390 (99,7)	96.000 (0,3)
<b>FEBRERO</b>	27.213.085 (89,9)	3.066.200 (10,1)
<b>MARZO</b>	35.067.240 (-)	N/D (-)
<b>ABRIL</b>	69.681.020 (99,9)	24.150 (0,1)
<b>MAYO/JUNIO</b>	117.591.350 (98,9)	1.192.105 (1,1)

1. 11 meses.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

Las subsecciones siguientes presentan información sobre el grado de recuperación de costos entre los hospitales y centros de salud en el sistema del Ministerio. Se presenta información sobre el proceso de exención de pagos utilizado por el Hospital Goyeneche, los recibos de pagos de los usuarios de los Hospitales Honorio Delgado y Camaná y los ingresos derivados de los pagos por los usuarios de las camas en las clínicas privadas en los Hospitales Honorio Delgado, Goyeneche y Camaná.

#### 4.4.3.1. Ilustración de la recuperación de costos: Hospital Goyeneche

De acuerdo con el personal de servicios sociales del Hospital Goyeneche, muchos de los pacientes del hospital figuran entre los más pobres de la ciudad

y de la región. Un pequeño número de pacientes con cobertura del IPSS vienen al

Los pagos cobrados por servicios generales en los hospitales son muy bajos y parecen guardar poca o ninguna relación con el costo de proporcionar los servicios. Por ejemplo, al 8 de agosto de 1990, el pago básico por paciente ambulatorio del hospital era de I./60.000 (\$-EEUU 0,21 @ I./280.000 por \$-EEUU).

En el Hospital de Camaná, a los cargos por manutención y alojamiento para pacientes tanto generales como privados correspondió más del 40 por ciento de los ingresos por concepto de pagos. A los cargos por radiología y laboratorio correspondió otro 30 por ciento del ingreso total por pagos. Al ingreso procedente de todos los pagos de usuarios para los pacientes de salas generales así como para los pacientes de salas privadas en el Hospital Camaná correspondió sólo el 6,6 por ciento de los fondos de operación del hospital en 1989 (véase el Cuadro 26).

<b>CUADRO 26</b>		
<b>INGRESOS PROCEDENTES DE LOS PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS PACIENTES, HOSPITAL CAMANA, 1989'</b>		
<b>(Intis actuales)</b>		
<b>SERVICIO/FUENTE<sup>2</sup></b>	<b>PAGOS DE USUARIOS ABONADOS</b>	<b>%</b>
<b>LABORATORIO</b>	9.613.830	12,5
<b>EXAMENES RADIOL.</b>	11.404.294	14,8
<b>VISITAS AMBULATORIAS</b>	8.001.294	10,4
<b>HOSPITALIZACIÓN GENERAL</b>	23.490.041	30,5
<b>HOSPITALIZACIÓN PRIVADA</b>	9.760.750	12,7
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>	11.739.482	15,3
<b>CERTIFICADOS DE SALUD</b>	2.905.657	3,8
<b>PAGOS TOTALES</b>	<b>76.915.509</b>	<b>100,0</b>
<b>PAGOS TOTALES COMO % DE LOS DESEMBOLSOS TOTALES DEL HOSPITAL CAMANÁ</b>	<b>6,57</b>	

1. Es posible que se incluyan pagos directos y pagos de los seguros.
2. No se incluyen pagos que no son directamente para servicios de salud en el hospital.
3. Los desembolsos de operación fueron 1.170.000.000 Intis.

**Source:** Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

En el Hospital Honorio Delgado, a los pagos de hospitalización o viáticos correspondió la mayor parte (60%) de todos los ingresos por concepto de pagos de usuarios. Los pagos por servicios de laboratorio y radiología representaron el 16 por ciento de los ingresos totales. El ingreso procedente de los pagos por los usuarios, incluyendo los ingresos por servicios clínicos generales y privados, representó un 4,8 por ciento, aproximadamente, del ingreso operativo total del hospital para 1989 (véase el Cuadro 27).

<b>CUADRO 27</b>		
<b>PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS PACIENTES, HOSPITAL HONORIO DELGADO, 1989</b>		
<b>(Intis actuales)</b>		
<b>SERVICIO/FUENTE<sup>1</sup></b>	<b>PAGOS DE USUARIOS ABONADOS</b>	<b>%</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	3.257.500	,9
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	213.123.900	60,3
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>	12.061.900	30,4
<b>VISITAS AMBULATORIAS</b>	42.913.300	12,1
<b>RADIOLOGÍA</b>	5.618.800	1,6
<b>LABORATORIA</b>	51.486.300	14,6
<b>CERTIFICADOS DE SALUD</b>	4.238.900	1,2
<b>OTROS</b>	20.501.700	5,8
<b>PAGOS TOTALES</b>	<b>353.202.300</b>	<b>100,0</b>
<b>INGRESO DE LA SALA PRIVADA COMO % DE LOS PAGOS TOTALES</b>	<b>38,3</b>	
<b>PAGOS TOTALES COMO % DE LOS DESEMBOLSOS TOTALES DEL HOSPITAL<sup>2</sup></b>	<b>4,79</b>	

1. Se incluye I./ 135.195,5 en ingresos de la clínica privada.

2. Los desembolsos de operación fueron 7.373.000.000 Intis.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

En resumen, si bien se cobran pagos de la mayoría de los usuarios de hospitales, el ingreso que proporcionan constituye una pequeña parte de los desembolsos operativos totales.

#### 4.4.3.3. Recuperación de los costos: Ingresos de las operaciones de salas privadas en los Hospitales Honorio Delgado, Camaná y Goyeneche

Tres hospitales del Ministerio de Salud mantienen pequeños números de camas utilizadas por médicos del Ministerio para admitir a pacientes que pagan los servicios (privados). Los datos sobre ingresos derivados de las admisiones a salas privadas en 1989 para los Hospitales Honorio Delgado, Goyeneche y Camaná indican que este ingreso representó una pequeña porción de los ingresos totales hospitalarios. Los datos indican que ninguna de las salas privadas remiten el ingreso al hospital en proporción a los costos diarios promedio de operación por cama o alta.

La clínica del Hospital Honorio Delgado aportó la mayor proporción (1,8%) de los gastos operativos entre los tres hospitales (véase el Cuadro 28). Sin embargo, considerando que la clínica opera el 3,6 por ciento de todas las camas en ese hospital y le corresponden el 6,3 por ciento de las altas, los ingresos derivados de los servicios privados son claramente inferiores al costo operativo promedio por cama o alta.

**CUADRO 28**  
**UTILIZACIÓN DE LA SALA PRIVADA E INGRESOS PROCEDENTES DE LOS PAGOS DE USUARIOS ABONADOS POR LOS**  
**PACIENTES, HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION DE AREQUIPA, 1989**

INDICADOR DE UTILIZACIÓN	HONORIO DELGADO	GOYENECHÉ	CAMANÁ
CAMAS PRIVADAS	26	16	8
% DE LAS CAMAS DEL HOSPITAL	3,6	6,5	10,3
ALTAS	745	453	57
% DE LAS ALTAS TOTALES	6,3	8,9	3,2
DURACIÓN DE LA ESTANCIA	4,9	5,4	3,1
INGRESOS <sup>1</sup>	135.195,5	52.438,3	9.760,7
INGRESOS/CAMA <sup>1,2</sup>	5.199,8	3.277,4	1.220,1
INGRESOS/ALTA <sup>1,3</sup>	181,5	115,8	171,2
INGRESOS/DÍA <sup>1,4</sup>	37,0	21,4	55,1
1989 COSTOS DE LA OPERACIÓN DEL HOSPITAL	7.373.000	3.270.000	1.170.000
INGRESOS DE LA SALA PRIVADA COMO % DE LOS COSTOS DE LA OPERACIÓN DEL HOSPITAL	1,8	1,6	0,8
INGRESOS TOTALES COMO % DE LOS COSTOS	4,8	N/D	6,6

1. En miles de Intis actuales.

2. 1989 costo/cama: Honorio Delgado = 10.269; Goyeneche = 12.340; Camaná = 15.000 en miles de Intis actuales.

3. 1989 costo/alta: Honorio Delgado = 627,0; Goyeneche = 646,0; Camaná = 1.080,0 en miles de Intis actuales.

4. 1989 costo/día: Honorio Delgado = 66,3; Goyeneche = 78,8; Camaná = N/D.

Source: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades).

En el Hospital Goyeneche, la sala privada contribuyó el 1,6 por ciento del ingreso total del hospital, pero la operación privada representó el 6,5 por ciento de todas las camas del hospital y casi el 9 por ciento de todas las altas del hospital. La sala privada del Hospital Camaná utilizó más del 10 por ciento de las camas del hospital pero admite a un pequeño número de los pacientes a los que se da de alta (3,2 por ciento de todas las altas hospitalarias) y contribuye menos de uno por ciento de los ingresos.

#### 4.4.3.4. El papel de la sala privada en una instalación del Ministerio de Salud: Estudio de caso del Hospital Honorio Delgado

Durante el estudio, se entrevistó al director del Hospital Honorio Delgado y al Jefe de la sala privada del hospital, un médico que también es el Jefe del Departamento de Neurología. También se halló presente un anesthesiólogo empleado por el hospital y un Jefe Financiero del Hospital para debatir el papel y la operación de la sala de servicios privados en el hospital.

El jefe de la sala privada indicó que la existencia de la misma era controvertida dentro del hospital porque hay muchos que propugnan que ésta no es más que un programa en beneficio de aquellos médicos que admiten pacientes a la sala. Existen envidias entre el personal de la sala privada y el resto del personal. Algunos afirman que la sala representa un gasto elevado en el costo de las operaciones del hospital y que produce pocos beneficios; en realidad, creen que el hospital subvenciona el costo de la sala privada.

En contraste, el jefe de la sala privada argumentó que, en su opinión, la sala producía ingresos sustanciales para el hospital que eran muy beneficiosos. Puesto que pocos ven el beneficio financiero de la sala, agregó, sería importante hacerles tomar conciencia de este beneficio. El beneficio en los laboratorios y rayos X es evidente para el personal, declaró, ya que ven los ingresos procedentes de los pacientes de pago. Una forma de hacer que el resto del personal del hospital vea estos beneficios sería asegurarse que tomen conciencia de los artículos que se compran con los ingresos de la sala privada. La sala está organizada muy informalmente y utiliza 27 de las 718 camas del hospital. El personal, además de los médicos que asisten a los pacientes, está integrado por nueve enfermeras y 14 auxiliares. El director de la sala privada identificó al personal como la partida de costo principal de la sala, indicando que todos los demás gastos los sufragan los pacientes, tomando como base cargos estándar de hospital.

Aproximadamente el cinco por ciento de los pacientes son admitidos a la sala privada a través de la sala de emergencia. El resto es admitido por sus médicos privados. En el pasado, los pacientes de la sala privada solían pagar al hospital el costo de los servicios, incluidos los honorarios profesionales. El hospital solía retener el 20 por ciento del costo del médico y pagar al médico el resto. Sin embargo, el hospital a menudo no pagaba a los médicos durante muchos meses. En otros casos, el hospital solía emitir cheques a los médicos, pero los bancos no los aceptaban. Ahora los médicos cargan directamente a los pacientes por sus servicios.

De acuerdo con el jefe de la sala privada, la cuestión más inmediata a la que hace frente la sala es la relacionada con los incrementos propuestos en los honorarios clínicos. En la actualidad, los desembolsos por un paciente privado en el Hospital Honorio Delgado son a menudo más elevados que en otras instalaciones privadas debido a los períodos más largos de estancia en dicho hospital.

La preocupación entre los pacientes privados en las salas de las instalaciones públicas no es la calidad de la atención médica propiamente dicha sino, más bien, el aspecto dilapidado del hospital y la falta de comodidades y suministros médicos. Por ejemplo, es común que las salas no tengan bombillas eléctricas --las bombillas son trasladadas de sala a sala según el lugar en que se encuentran los pacientes --. Las salas están muy necesitadas de una mano de pintura. Los pacientes tienen que traer sus propias sábanas y toallas al hospital. No hay teléfonos en las habitaciones ni otros sistemas de comunicaciones centrales que permitan la comunicación de la enfermera con el paciente en su sala. En realidad, no existe teléfono en el piso. El equipo no es un problema en el hospital. Por ejemplo, el hospital tiene siete aparatos de rayos X. Pero hay falta de mantenimiento y suministros médicos.

La duración de permanencia en la sala privada es algo más corta que en el hospital regular debido a una elevada proporción de servicios de maternidad y a un gran número de partos por cesárea. Además, muchos pacientes reciben pruebas antes de la admisión con lo que se reduce su estancia. El director de la sala privada declaró que los médicos de planta requieren permanencias más cortas debido a que sus honorarios se basan en el caso, no en la duración de la permanencia.

El jefe de la sala citó la farmacia del hospital como prueba de los problemas estructurales y gerenciales del hospital. En 1987, se abrió en el hospital una farmacia privada piloto. Funcionó bien pero fue cerrada por razones políticas. El hospital genera unas 800 recetas al día. Si solo se atienden 20% de estas recetas en el hospital, esto produciría un gran volumen de actividad en la farmacia interna. Los médicos han establecido una comisión en el hospital para que estudie la posibilidad de reestablecer una farmacia, esta vez dentro de la sala privada.

El jefe de la sala privada indicó que los médicos desean que la sala y el hospital funcionen profesionalmente como un negocio de servicios. Dijo que la sala privada necesita tener su propia dirección y cierto grado de autonomía para poder administrar sus operaciones. La sala se administra actualmente con gran latitud y no está claro quién es el responsable. Aunque se supone que el director de la sala está a cargo, es un hecho que no está para el resto del personal del hospital. Además, la sala tiene poca autonomía administrativa, cosa que necesita para adoptar decisiones en relación con las operaciones.

El director de la sala dijo que, en su opinión, se necesitaba una fuente de fondos para hacer mejoras que corrigieran los aspectos cualitativos de la sala y le permitieran competir más eficazmente con las otras instalaciones privadas en la ciudad. Por ejemplo, la sala privada tiene 27 camas de tres tipos: A-con baños privados; B-también con baños privados, pero con salas de pacientes múltiples; C-sin baños privados. El jefe de la sala dijo que la sala debería evaluar cuánto costaría convertir todas las salas a las categorías A y B. Además, debería haber una televisión en cada sala y teléfonos al menos en el piso. Y, lo que es más importante, el hospital tiene que establecer precios razonables para los servicios. En cuanto a si la sala necesitará más camas y si los médicos aspiran a ampliar la operación de la sala privada, el jefe de la sala dijo que él creía que 27 camas era un número suficiente. Un servicio que la sala podría ofrecer sería el de pediatría, puesto que no existe un servicio pediátrico privado bien desarrollado en Arequipa. Una sala pediátrica requeriría enfermeras especialmente capacitadas. Dijo que pensaba que 6 camas pediátricas serían suficientes. Otros servicios que el hospital podría contemplar son los de cirugía en el día, que tendrían atractivo para muchas personas y constituirían una buena forma de reducir los costos.

El director dijo que pensaba que el establecimiento de acuerdos de reembolso con las empresas para servir a los trabajadores de la zona sería una buena idea y un medio de incrementar la demanda de los servicios de la sala y el ingreso para el hospital. Otros funcionarios comentaron que saben que las empresas desean establecer servicios con ellos pero que las compañías de seguros y las empresas privadas se muestran reacias debido a las deficiencias del hospital.

En esta sección se ha informado sobre las recomendaciones de los entrevistados. Para el Ministerio Regional, han de abordarse las cuestiones siguientes para evaluar la factibilidad de ampliar la sala privada:

- (1) ¿Puede la sala privada llegar al punto de no ganancias-no pérdidas o, incluso, a convertirse en un centro rentable para el hospital?

- (2) En caso contrario, ¿hay beneficios cuantificables para el sistema público que justificarían subvenciones a los pacientes privados?
- (3) ¿Qué clase de inversión se requeriría para poder cobrar lo suficiente por las camas privadas y obtener una tasa de ocupación suficientemente alta para recaudar los ingresos requeridos para cumplir los criterios en los puntos 1 y 2?
- (4) Dado el nivel de inversiones requerido en el punto 3, ¿hay beneficios para el sistema público que sean lo suficientemente grandes para justificar el desembolso en esta partida, en vez de desviar completamente los pacientes privados al sector privado?

#### **4.5 SUMINISTRO Y DISTRIBUCION DE LAS FARMACIAS DEL MINISTERIO DE SALUD**

Quizás más que cualquier otro servicio individual proporcionado por el Ministerio de Salud, el sistema de distribución de las farmacias es la clave para la aceptación pública de los servicios del Ministerio. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto en las entrevistas y los datos recopilados de los sectores público y privado, que la percepción pública en cuanto a la idoneidad de los servicios de las farmacias del Ministerio no fue determinada por la disponibilidad de medicamentos gratuitos sino más bien por la disponibilidad de cualquier medicamento.

El estudio también puso de relieve la posible importancia fiscal de los medicamentos para el Ministerio de Salud. El ex director de la farmacia del Hospital Goyeneche describió cómo una farmacia antaño activa, bien abastecida y bien administrada en esa institución aportó importantes utilidades al hospital en beneficio de los departamentos que necesitaban nuevos equipos y suministros. Los médicos del Hospital Honorio Delgado están deseosos de establecer una farmacia privada para servir a los pacientes de las salas privadas, en parte debido al hecho de que reconocen que el sistema actual de la farmacia del hospital no funciona bien. Además, reconocen que una farmacia bien administrada es una posible fuente de ingresos que el hospital necesita desesperadamente para poder mantener los servicios.

##### **4.5.1. Sistema de suministros farmacéuticos del Ministerio de Salud**

Las operaciones de suministros farmacéuticos de la farmacia y centro de salud del hospital funcionan separadamente en el actual sistema administrativo del Ministerio. El hospital mantiene su propio departamento de adquisiciones a través del cual se adquieren directamente de los proveedores todos los suministros farmacéuticos así como los demás suministros del hospital. De acuerdo con el personal del Ministerio de Salud, no se producen compras en grupo entre los hospitales.

En la región de Arequipa, se mantienen tres redes de compra y distribución farmacéuticas dotadas por separado de personal para la compra de suministros de medicamentos destinados a los centros de salud y postas de salud. Las instalaciones provinciales de compra y distribución están situadas en Arequipa, Camaná y Aplao, y cada una de ellas abastece a los centros y postas de salud en el área geográfica inmediata.

De acuerdo con el personal en la instalación de distribución en el Ministerio de Salud en Arequipa, los suministros de medicamentos se adquieren mensualmente. Los centros de salud estiman los suministros de medicamentos requeridos para el mes siguiente y hacen los pedidos a las oficinas centrales de distribución. Los medicamentos se aumentan de precio en un 10%; la oficina de distribución proporciona listas de precios oficiales para el período.

Las compras se efectúan de los distribuidores tomando como base las ofertas de los proveedores. Las licitaciones y compras se tramitan a través del sistema central de abastecimiento del Ministerio de Salud, situado en la oficina administrativa regional. Casi todos los medicamentos adquiridos son medicamentos de marca. CONAMID (Comisión Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas) suministró en el pasado medicamentos genéricos pero no lo ha hecho por lo menos desde hace un año.

#### **4.5.2. Estudio de caso: La farmacia de Goyeneche**

La farmacia de Goyeneche compra en la actualidad sus suministros farmacéuticos a través del departamento de compras del hospital. Goyeneche compra sólo para suplir sus necesidades; el Ministerio de Salud no tiene una actividad de compra en grupo establecida.

Con anterioridad a 1985, la farmacia de Goyeneche tenía una reserva adecuada de medicamentos a través del fondo rotativo con base en el hospital. La mayor parte de las medicinas utilizadas las abonaban los pacientes a precios que permitían al hospital eximir del pago a los individuos necesitados y aún generar un margen de utilidades que no sólo mantenían el fondo de suministros de medicamentos sino que además apoyaban la compra de suministros y equipo para otras partes del hospital. Durante el período anterior a 1985, el fondo de suministros de medicamentos era rentable y autosuficiente, y se ejercía un estricto control sobre los gastos para administrar el fondo de suministros de medicamentos. Había un sistema formal de transferencias del fondo instituido para asegurar que la farmacia recibía crédito por las ventas de medicamentos a los pacientes y para vigilar las existencias y compras.

Los suministros de medicamentos se adquirían directamente a través de proveedores que voluntariamente daban crédito al hospital. Además de atender sus propias necesidades, la farmacia de Goyeneche solía ser la responsable de mantener los suministros de medicinas en todo el sistema periférico de centros de salud de Arequipa. Durante este período, se compraban principalmente medicinas de marca y se vendían a través de la farmacia del hospital. La mayoría de los pacientes pagaban voluntariamente las medicinas.

En la actualidad, la farmacia tiene existencias esporádicas de unas cuantas medicinas, pero no es posible obtener medicinas esenciales genéricas, tales como la penicilina, a través del sistema de distribución farmacéutica del gobierno (CONAMID), el único proveedor autorizado en el sistema del Ministerio.

CONAMID ha servido al hospital ineficazmente. Cuando había medicinas, a menudo se llenaban incorrectamente los pedidos del hospital. En vez de proporcionar la cantidad de medicamentos pedidos, CONAMID solía suministrar cantidades excesivas en algunos casos e insuficientes en otros, dependiendo de

sus propios suministros. En la actualidad, el propio CONAMID no tiene existencias de medicamentos y no puede abastecer incluso medicinas esenciales tales como las citadas anteriormente.

#### **4.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PROVISION Y LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD**

La actual regionalización de la gestión y financiación de los servicios de salud lleva consigo retos y oportunidades extraordinarias para el Ministerio de Salud en la región de Arequipa. Por otra parte, graves problemas emanados de la falta de recursos y de las ineficiencias del sistema dificultan la capacidad del Ministerio para cumplir su misión de proporcionar atención a quienes carecen de otros recursos. Estos problemas probablemente se hagan cada vez más agudos a medida que la responsabilidad para la financiación se traslade al nivel regional. Por otra parte, el Ministerio puede hacerse más innovador y sensible a las necesidades regionales con el nuevo sistema y puede aprovechar al máximo los conocimientos especializados en atención de la salud y una amplia gama de recursos de salud en la región.

El Ministerio de Salud afronta la necesidad de generar recursos a nivel regional y puede seleccionar entre varias opciones. Entre estas figuran: (a) implantar un sistema más eficaz de recuperación de costos en las instalaciones del Ministerio, y (b) instituir una forma de impuesto especial a través del Gobierno de Arequipa.

##### **4.6.1. Generación de recursos**

Con respecto a la primera opción, hay muchas oportunidades adicionales para recuperar costos a través de los pagos por los usuarios. En la actualidad, aunque prácticamente todos los usuarios están acostumbrados a dar una pequeña cantidad por la atención recibida, y pocos reciben exenciones, los pagos son demasiado bajos para sufragar una porción substancial de los costos. El Ministerio de Salud pudiera considerar el perfeccionamiento del sistema de pagos por los usuarios, que incluiría el establecimiento de pagos que se ajusten más a los costos reales; incorporar mecanismos de precios que proporcionen incentivos y desincentivos para el uso de determinados servicios; formular un mecanismo útil de exención objetiva; y finalmente, institucionalizar un medio para la retención local de una porción de los ingresos. Además, existen oportunidades para el uso adicional de la sala privada (y para la recuperación consiguiente de los costos) mejorando así la calidad del local y de las comodidades ofrecidas. Esto proporcionaría un medio para subvencionar a los usuarios que no pueden sufragar el tratamiento.

Una proporción relativamente grande de los usuarios del Ministerio de Salud están amparados por el IPSS; algunos están amparados por el seguro privado de enfermedad. Como parte de sus actividades de recuperación de costos, es importante que el Ministerio considere medios más eficaces de cargar a esos pacientes por sus servicios, bien mediante arreglos de pago por servicios o pagos adelantados. En particular, el Ministerio de Salud y el IPSS podrían establecer un acuerdo de reembolso, fundamentado en el número de pacientes del IPSS atendidos en las clínicas de salud y hospitales del Ministerio de Salud y en el tipo de servicios que utilizan.

La segunda opción, el uso de impuestos especiales, es considerada por los economistas como poco más que un método para evitar el proceso anual de erogación. Sin embargo, toda burocracia desearía hacer lo más posible por evitar el proceso de erogación y siempre merece la pena ensayarlo. En el campo de la salud, puede alegarse que los impuestos especiales son una forma de captar una prima del seguro de todos los segmentos de la población, tal como se hace con la seguridad social (que existe en el Perú y es un impuesto especial sobre la nómina para la salud). También pudiera argumentarse que el comportamiento posiblemente no saludable, tal como fumar cigarrillos, conducir un automóvil o consumir alcohol, debería someterse a gravamen para que las personas que participan en dicho comportamiento también paguen una seudoprima de seguro cada vez que fuman, consumen bebidas alcohólicas o compran un automóvil.

Para cada uno de estos argumentos, debería entenderse que existen argumentos igualmente lógicos contra los impuestos especiales. Cabe mencionar dos aspectos negativos de estos impuestos: primero, los impuestos especiales sobre el consumo tienden a ser regresivos, y los pobres pagan una porción superior en apoyo de dichos programas. Los funcionarios de salud, preocupados con la forma en que los pobres podrán sufragar la atención de salud, favorecen impuestos punitivos contra el comportamiento poco saludable (por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco o el juego de azar), sin comprender que esos comportamientos son populares entre los pobres y que los impuestos recaen considerablemente sobre ellos.

Segundo, la posibilidad de recaudación de un plan razonable de impuestos especiales en el Perú puede ser insignificante en comparación con la cantidad de ingresos que podrían recaudarse dentro del sistema de salud mediante pagos por los usuarios. Típicamente las instalaciones de salud están proporcionando muchos servicios gratuitos para los cuales los usuarios estarían dispuestos a pagar (y dicho pago no es un impuesto).

Hay al menos dos razones para creer que un impuesto especial sobre el consumo no aumentará con mayor rapidez que la inflación. En primer lugar, el consumo de cerveza y cigarrillos puede aumentar lentamente en el curso del tiempo, pero también varía de un año a otro. Segundo, debido a que la tasa de impuesto depende de la cantidad de cerveza o cigarrillos vendidos, la única forma de ajustarla a la inflación es cambiando la tasa de impuesto, para lo cual se requiere aprobación legislativa. En realidad, es más probable que se obtengan resultados más favorables mediante erogaciones regulares mantenidas a la altura de la inflación en un ambiente de inflación elevada.

En contraste, el Ministerio de Salud ejerce un control casi completo sobre las tarifas de los usuarios, que puede ajustar a la inflación. Además, para que los departamentos e instalaciones tengan un incentivo para cobrar los pagos, el ingreso resultante ha de representar una adición neta al presupuesto, cosa que puede no ocurrir con los impuestos especiales. Si el Ministerio de Salud se beneficiase de un impuesto especial, es probable que se reduciesen las erogaciones de otras fuentes.

Dicho simplemente, hay tantos problemas con los impuestos especiales, tanto económica como políticamente, que el Ministerio de Salud quizás halle aconsejable otras formas de aumentar los recursos a su disposición. La tentación de optar

por los impuestos especiales puede, sin embargo, ser irresistible. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede encontrar un apoyo decidido entre quienes aceptan el argumento de que el sector salud debería recibir los ingresos generados por el comportamiento nocivo. Si se opta por los impuestos especiales, el Ministerio de Salud debería argumentar a favor de tasas de impuesto relativamente pequeñas y de un impuesto basado en el porcentaje del precio del producto, más que un impuesto basado en la cantidad vendida. El primer sistema se mantendría a la altura de la inflación automáticamente; el segundo requeriría cambios legislativos repetidos en la tasa de impuestos. El programa se beneficiaría de la asistencia técnica que mostraría cuantitativamente los costos relativos y la capacidad de generación de ingresos de los pagos por los usuarios en relación con los impuestos especiales factibles en la región de Arequipa.

#### **4.6.2. Mejoras en la eficiencia**

Desde la perspectiva de nuestro análisis, parece que las ineficiencias más apremiantes dentro del actual sistema del Ministerio de Salud son, entre otras, las siguientes: Primero, hay una duplicación considerable de servicios entre los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche en la ciudad de Arequipa. Es probable que pudieran efectuarse ahorros con una fusión cuidadosamente planificada y ejecutada de las dos instalaciones, y dicha acción deberá explorarse desde la perspectiva de la factibilidad económica y política. Segundo, los recursos de hospitales pueden utilizarse de forma inapropiada para atención ambulatoria excesiva debido a una descomposición de las redes de referencia. Parece, por ejemplo, que el Hospital Honorio Delgado se utiliza como un tipo de centro ambulatorio local. Este puede ser un uso ineficiente de la instalación. Los vínculos de referencia requieren perfeccionamiento. Finalmente, las prácticas de adquisición de suministros farmacéuticos parecen ser ineficaces, los medicamentos son escasos y los servicios son de baja calidad.

Deberían hacerse serios intentos para aumentar la eficiencia de la gestión farmacéutica. A este respecto, cabe evaluar la opción de contratar a una entidad privada. Tal como se indicó anteriormente, el Hospital Goyeneche tenía buenas operaciones de farmacia antes de 1985, y puede aprenderse mucho de esa experiencia. Es vital determinar primero en qué forma el sector farmacéutico privado opera más eficientemente que el sector público y, segundo, cómo pueden las instalaciones públicas adoptar prácticas similares a las del sector privado o hacer arreglos con los operadores privados para suministrar medicamentos.

## 5.0 EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS)

Esta sección presenta los resultados del estudio referentes al diseño, estructura y financiamiento del sistema de seguro de enfermedad, componente del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).

### 5.1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA IPSS

El IPSS empezó a funcionar en 1943 como una caja de seguro de enfermedad y previsión social para los obreros, separado de los servicios de salud del gobierno prestados por el Ministerio de Salud. Los médicos y otro personal profesional que fueron a trabajar para el IPSS en estos nuevos servicios se convirtieron en una especie de élite debido a que gozaban de mejores salarios y condiciones de trabajo que sus contrapartes en los servicios del Ministerio de Salud.

En 1952, el Perú inició otro componente de los servicios IPSS, diseñado específicamente para empleados, en el cual los médicos y otro personal estaban aún mejor pagados que sus colegas del servicio para obreros. Cuando se inició el componente para empleados, la Federación Médica del Perú prohibió a sus miembros pertenecer al personal de los empleados; quienes fueron a trabajar a los servicios para empleados tuvieron que renunciar a la Federación.

La historia del desarrollo del programa IPSS dejó un legado que tiene importantes repercusiones programáticas y de costo para los servicios de salud de la región, así como también importantes dilemas de política. Las rivalidades entre el IPSS y el Ministerio de Salud todavía existen hoy en día en todo el Perú. Además de la antigua rivalidad entre los hospitales del IPSS para obreros y los de empleados, hay desconfianza entre el personal del Ministerio de Salud y el personal del IPSS. En oportunidades anteriores se han hecho intentos por fusionar los recursos del Ministerio y del IPSS para dar servicios en un lugar único, tanto para la población asegurada por el IPSS como para las personas sin recursos. No obstante, estos esfuerzos siempre tuvieron éxitos efímeros.

Un factor que ha contribuido a la continua desconfianza mutua entre ambas organizaciones, es el hecho de que los empleados del IPSS suelen ganar el doble de lo que ganan los empleados del Ministerio de Salud, aunque las diferencias entre el personal médico empleado por las dos organizaciones se han reducido recientemente.

#### 5.1.1. Elegibilidad al seguro de enfermedad del IPSS

El programa del IPSS es a la vez un sistema de seguridad social y de seguro de invalidez, además de un fondo de seguro de enfermedad. Según la ley, las siguientes categorías de individuos participan obligatoriamente en el sistema de seguro: empleados de empresas públicas y privadas, independientemente de la duración del empleo; empleados de empresas sin fines de lucro, cooperativas y otras organizaciones similares; jubilados, inválidos, viudas y huérfanos.

Además, las personas que hayan quedado sin cobertura del IPSS por haber perdido el empleo o por otras razones, o los trabajadores por cuenta propia

pueden obtener una cobertura opcional o voluntaria. Si bien básicamente cualquiera tiene derecho a una cobertura de seguro del IPSS, en la práctica, la mayor parte de los inscritos son empleados de empresas públicas y privadas.

### **5.1.2. Beneficios médicos y de salud del IPSS**

El diagnóstico integral y la atención médica y quirúrgica son servicios prestados al inscrito en el seguro (asegurado principal). Estos servicios incluyen tanto la hospitalización como la atención ambulatoria, así como también atención odontológica completa. Los productos farmacéuticos, los suministros médicos, prótesis, equipo ortopédico y la rehabilitación física y ocupacional también están cubiertos. En cuanto a la atención preventiva se prestan los siguientes servicios: vacunaciones, atención prenatal y servicios de educación sobre salud. Los hijos de los inscritos tienen derecho solamente a servicios preventivos de salud, atención ambulatoria y medicinas. Las esposas de los inscritos tienen beneficios de maternidad (las embarazadas están cubiertas en cuanto a atención prenatal, parto y atención postnatal para niños hasta de un año de edad). Si la esposa es el asegurado principal, el esposo no está cubierto por el seguro de enfermedad del IPSS.

Además de los beneficios de servicios médicos, el seguro de enfermedad del IPSS proporciona también subsidios en dinero por días de enfermedad, embarazo y período postnatal. Finalmente, los servicios de entierro se incluyen en el seguro de enfermedad. Prácticamente todos los servicios bajo la cobertura del IPSS se prestan sin costo alguno a los beneficiarios elegibles.

### **5.1.3. Cobertura regional del IPSS: Empleadores y personas elegibles**

Hasta 1985, la Administración Regional del IPSS (Gerencia Regional de Arequipa) era responsable de una gran área geográfica del sur del Perú, que incluía los departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna, Puno, Cuzco, Apurímac y Madre de Dios. Actualmente la Administración Regional tiene a su cargo un área geográfica más limitada, que incluye las provincias de Arequipa, Camaná, Mollendo, Aplao, La Joya, Chivay y Vitor dentro del departamento de Arequipa.

Según datos suministrados por la Administración Regional del IPSS, División de Planificación y Presupuesto, el número de empleadores inscritos en el sistema de seguro del IPSS en la Región de Arequipa ha aumentado en un 22 por ciento en el quinquenio. Durante el mismo período, debido en gran parte a la liberalización de la elegibilidad, el número de beneficiarios inscritos ha aumentado en un 56 por ciento (ver Cuadro 29). No obstante, estos datos no se han ajustado para tener en cuenta los retiros del sistema IPSS o las defunciones y otras disminuciones en el número de beneficiarios inscritos. Por lo tanto, es probable que tanto el aumento global en el tiempo y el número absoluto de beneficiarios inscritos sea menor que lo indicado.

Utilizando datos suministrados por el IPSS, la población inscrita (410.714) se calcula que representa aproximadamente el 44 por ciento de la población total de la región de Arequipa en 1989. Por comparación, las estimaciones nacionales de la cobertura del IPSS indican que aproximadamente el 19 por ciento de la población peruana tiene cobertura obligatoria. Algunos observadores expresan dudas en cuanto a la confiabilidad de los datos sobre inscripción y elegibilidad

suministrados por el IPSS y estiman que la cobertura nacional es inferior a la indicada por las cifras (Zschock, 1988).

<b>CUADRO 29</b>						
<b>AUMENTO EN EL NUMERO DE EMPLEADORES Y EMPLEADOS ASEGURADOS, IPSS, GERENCIA REGIONAL AREQUIPA, 1985-1989</b>						
<b>PROVINCIA</b>	<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>	<b>% CAMBIO, 1985-89</b>
<b>NUMERO CUMULATIVO DE EMPLEADORES</b>						
<b>AREQUIPA</b>	23.952	25.156	26.606	28.270	29.451	22.9
<b>MOLLENDO</b>	3.779	3.928	4.042	4.166	4.198	11.0
<b>CAMANÁ</b>	3.939	4.028	4.235	4.484	4.585	16.4
<b>APLAO</b>	--	--	320	413	463	44.7
<b>TOTAL</b>	31.670	33.112	35.203	37.333	38.697	22.1
<b>NUMERO CUMULATIVO DE EMPLEADOS ASEGURADOS</b>						
<b>AREQUIPA</b>	231.335	260.143	297.448	333.258	359.348	55.3
<b>MOLLENDO</b>	23.106	25.014	28.634	31.356	33.191	43.6
<b>CAMANÁ</b>	7.914	8.791	10.522	12.760	14.447	82.5
<b>APLAO</b>	--	--	676	1.395	2.190	223.9
<b>TOTAL</b>	262.355	293.948	337.280	378.769	409.176	56.0

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

Zschock calcula que en 1981, el 17,4 por ciento de la población del departamento de Arequipa tenía cobertura del IPSS, en comparación con el 14,0 por ciento en todo el país. En cambio, se estimaba que Lima tenía el 26,7 por ciento de su población cubierta. Por lo menos, parte de la diferencia entre las estimaciones de la cobertura actual y la de 1981 se debe a los cambios en la elegibilidad que han resultado en la cobertura de las esposas y los hijos. Según Zschock, entre los departamentos del Perú, Arequipa tenía la cuarta mayor proporción de población protegida por el sistema de seguridad social del IPSS, después de Lima/Callao, Ica y Tacna. No debería resultar sorprendente que Arequipa tenga mayor cobertura que el promedio nacional; los elegibles para la cobertura tienden a vivir en áreas urbanas y la población de Arequipa está mucho más urbanizada que el promedio nacional.

Los datos anuales sobre el número de empleadores recién inscritos (los que entraban en el sistema del IPSS por primera vez durante 1985-1989) en general indican el nivel de la actividad económica en la región, reflejando períodos de crecimiento en el número y tipo de empresas económicas. Según los totales anuales, 1986 y 1987 fueron períodos de creciente actividad, mientras que las cifras correspondientes a 1988 y 1989 reflejan disminuciones en el número de empresas (y otros tipos de organizaciones) que se inscribían en el sistema del IPSS (véase el Cuadro 30).

**CUADRO 30**  
**DISTRIBUCION DE LOS EMPLEADORES RECIEN INSCRITOS POR EL CODIGO DE ACTIVIDAD**  
**ECONOMICA POR AÑO, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1985-1989**

ACTIVIDAD ECONOMICA	1985	1986	1987	1988	1989	% EN 1989
AGRICULTURA	45	166	400	282	110	8,0
PESCA	--	2	5	3	1	0
MINERÍA	2	5	7	14	18	1,3
INDUSTRIA	45	109	181	256	169	12,2
CONSTRUCCIÓN	240	257	247	45	7	0,5
ENERGÍA	--	20	1	--	2	0,1
COMERCIO	177	228	318	354	294	21,3
SEGUROS	6	9	14	6	29	2,1
VIVIENDA	--	2	--	--	--	--
TRANSPORTACIÓN	19	42	27	54	48	3,5
COMUNICACIÓN	--	--	2	1	1	0,0
OTROS SERVICIOS	96	156	216	184	155	11,2
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DEFENSA	--	2	7	6	3	0,2
EDUCACIÓN	6	12	19	21	17	1,2
SALUD	6	9	14	10	4	0,2
TURISMO	15	15	13	18	21	1,5
TRABAJADORES EN CASA	330	372	439	330	352	25,5
CONSTRUCCIÓN CIVIL	233	471	381	402	150	10,9

1. Oficinas de IPSS incluidas: Arequipa, Camaná, Mollendo, y Apleo.

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

Estos datos también indican la magnitud de los aumentos de la cobertura del IPSS en sectores geográficos y económicos que se consideran como inadecuadamente representados en el sistema de seguro del IPSS, a pesar de la elegibilidad ampliada. Hasta 1985, la cobertura del IPSS era relativamente alta entre los empleados asalariados en la industria manufacturera, los servicios públicos y otras empresas urbanas en comparación con la agricultura y las actividades de empleo por cuenta propia. A lo largo del período de cinco años que se indica, se atribuía a las organizaciones comerciales, la industria y los servicios casi el 45 por ciento de los aumentos en nuevos empleadores. Aunque el número de empleadores agrícolas que se inscribió en el IPSS en 1987 superó todas las otras categorías, en 1989 esta categoría representó solamente el ocho por ciento de las nuevas inscripciones y poco más de una tercera parte de nuevas inscripciones entre las organizaciones comerciales en 1989. En 1989, la mayor proporción de los recién inscritos fueron familias individuales, aunque éstas no son empresas y representan pocos nuevos inscritos.

Entre los nuevos inscritos, la proporción de los que son empleados no ha variado substancialmente (ver Cuadro 31). El porcentaje de nuevos inscritos que son empleados (asegurados principales) y dependientes ha permanecido

relativamente constante a lo largo del período (suponiendo que la categoría "amas de casa" agregada en 1987 debe incluirse entre los asegurados y dependientes principales). Al mismo tiempo, el número de inscritos voluntarios aumentó de aproximadamente dos por ciento de la población recién inscrita en 1985 a aproximadamente cinco por ciento en 1989, pero la cifra es demasiado pequeña (1.409 en 1989) para considerarla indicativa.

<b>CUADRO 31</b>					
<b>DISTRIBUCION DE INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE SALUD RECIEN ASEGURADOS<sup>1</sup> POR CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD, IPSS, GERENCIA REGIONAL AREQUIPA, 1985-1989:</b>					
<b>CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD</b>	<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>
<b>1. EMPLEADOS</b>	7.750	10.025	13.129	13.002	9.268
<b>2. CONYUGES</b>	933	5.073	6.988	5.502	4.335
<b>3. HIJOS</b>	29.586	15.210	19.162	17.966	14.007
<b>4. RECIEN ASEGURADOS VOLUNTARIOS</b>	828	402	1.700	1.728	1.443
<b>5. AMAS DE CASA</b>	N/D	N/D	1.849	2.851	1.035
<b>6. VIUDAS, HUERFANOS</b>	441	547	504	431	319
<b>TOTAL</b>	<b>39.538</b>	<b>31.257</b>	<b>43.332</b>	<b>41.480</b>	<b>30.407</b>

1. Se incluyen solamente empleados que inscriben en el sistema IPSS durante cada año.

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

Por cada empleado recién inscrito, casi dos dependientes se inscribían en el sistema IPSS en 1989. No obstante, los esposos inscritos equivalían a menos de la mitad del número de empleados inscritos, lo que indica que muchos cónyuges no se inscribían en el seguro del IPSS. Por lo tanto, cada empleado recién inscrito tenía un promedio de 1,5 hijos inscritos en el programa.

Aproximadamente el 95 por ciento de los inscritos voluntarios residen en Arequipa (ver Cuadro 32). Pocos (14 por ciento) de los nuevos inscritos en el IPSS residen en Camaná, Mollendo y Aplao.

<b>CUADRO 32</b>					
<b>DISTRIBUCION DE INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE SALUD RECIEN ASEGURADOS POR CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD Y DISTRITO ADMINISTRATIVO, IPSS, REGION DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1989</b>					
<b>CATEGORIA DE ELEGIBILIDAD</b>	<b>AREQUIPA</b>	<b>CAMANÁ</b>	<b>MOLLENDO</b>	<b>APLAO</b>	<b>TOTAL [%]</b>
<b>1. EMPLEADOS</b>	8.095	489	337	347	9.268 [30,5]
<b>2. CONYUGES</b>	3.639	242	373	81	4.335 [14,3]
<b>3. HIJOS</b>	11.718	904	1.029	356	14.007 [46,1]
<b>4. RECIEN ASEGURADOS VOLUNTARIOS</b>	1.378	26	31	8	1.443 [4,7]
<b>5. AMAS DE CASA</b>	967	25	41	2	1.035 [3,4]
<b>6. VIUDAS, HUERFANOS</b>	293	1	24	1	319 [1,0]
<b>DISTRITO TOTAL</b>	<b>26.090</b>	<b>1.687</b>	<b>1.835</b>	<b>795</b>	<b>30.407</b>
<b>DISTRITO COMO % DEL TOTAL</b>	<b>85,8</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>2,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

## **5.2 INSTALACIONES Y SERVICIOS REGIONALES DE SALUD DEL IPSS**

La capacidad de prestación de servicios del sistema IPSS en Arequipa está organizada en torno a un complejo hospitalario regional, el Hospital Central del Sur, en cuyo recinto se encuentra tanto el hospital para empleados como para obreros. El Hospital Integrado Mollendo, que sirve tanto a los clientes del Ministerio de Salud como del IPSS, es la única instalación adicional en la región que puede ser clasificada como servicio para pacientes hospitalizados. El IPSS usa también un número pequeño no especificado de camas para pacientes hospitalizados en el Hospital de Camaná y en el Hospital de Aplao, ambos bajo la dirección del Ministerio de Salud.

Unas 10 instalaciones adicionales del IPSS son llamadas "hospitales" debido al uso de camas para la observación durante el día, pero ninguna de estas instalaciones ofrece tratamiento a pacientes hospitalizados o atención médica típica o quirúrgica.

El resto de la infraestructura física del sistema de servicios médicos del IPSS en la región de Arequipa está compuesta de 14 postas ambulatorias que ofrecen servicios preventivos y clínicos limitados.

Los hospitales del IPSS y la infraestructura de los centros de salud fueron ampliados significativamente entre 1985 y 1988, para alcanzar las metas fijadas de "Salud para todos en el año 2000". Para lograr una mayor cobertura geográfica, el IPSS llegó a un acuerdo con el Ministerio de Salud para integrar los servicios de salud de las dos organizaciones en establecimientos que funcionasen principalmente bajo la dirección del Ministerio de Salud. En consecuencia, los establecimientos de servicios de salud aumentaron de 13 (servicios ambulatorios solamente) en 1985 a aproximadamente 118 servicios ambulatorios organizados en ocho redes de asistencia. La mayoría de las nuevas instalaciones eran establecimientos donde se prestaban servicios de atención primaria -- tanto centros de salud como postas de salud -- la mayor parte de los cuales eran establecimientos de servicios existentes del Ministerio de Salud. Para los pacientes del IPSS, estos nuevos servicios estaban atendidos principalmente por médicos itinerantes y personal profesional de salud.

La expansión siguió durante 1988. En 1989, debido a un cambio en la política, la nueva red de servicios fue desmantelada, incluyendo la integración funcional con el Ministerio de Salud, con excepción del Hospital Integrado de Mollendo.

### **5.2.1. Perfil del servicio de las instalaciones del IPSS, 1990**

Dos hospitales del IPSS ofrecen servicios de atención médica y servicios quirúrgicos a pacientes hospitalizados: el Hospital Central del Sur y el Hospital Integrado de Mollendo. No obstante, sólo el Hospital Central del Sur ofrece una variedad completa de subespecialidades médicas y quirúrgicas. El Hospital de Mollendo y los servicios a pacientes hospitalizados en Camaná ofrecen sólo los servicios básicos a hospitalizados: medicina general, cirugía, obstetricia y ginecología, pediatría y odontología, además de los servicios básicos de diagnóstico (laboratorio y radiología).

En las instalaciones ambulatorias más grandes (conocidas como hospitales de apoyo y, en algunos casos, policlínicas) no se ofrecen servicios de hospitalización, aunque muchas de estas instalaciones ofrecen camas para observación y partos normales. Por lo demás, estas instalaciones ofrecen servicios médicos básicos. Tres de los hospitales de apoyo tienen servicios de laboratorio, uno tiene servicios de radiología, y seis ofrecen servicios de farmacia. Las instalaciones más pequeñas conocidas como "postas" ofrecen sólo atención primaria, sin servicios de laboratorio.

### **5.2.2. Hospital Central del Sur**

En Arequipa, el desarrollo paralelo de los servicios para obreros y empleados del IPSS ha traído como resultado la existencia de dos unidades adyacentes y duplicadas en el Hospital Central del Sur -- Pabellón A (obreros) y Pabellón B (empleados). Estas dos unidades están físicamente separadas y ofrecen prácticamente tipos idénticos de servicios médicos y quirúrgicos. Las unidades tienen servicios médicos separados que ofrecen subespecialidades médicas y quirúrgicas idénticas; enfermeras y personal técnico de apoyo separados; infraestructuras físicas independientes (es decir, unidades de maternidad, salas de cirugía) y servicios independientes de laboratorio, radiología y farmacia.

Recientes cambios administrativos dentro del IPSS han alentado a la gerencia regional a presentar las dos unidades como un hospital unificado, con gerencia central, para fines prácticos y operativos. No obstante, cada uno continúa funcionando independientemente y los dos no trabajan juntos de manera significativa.

### **5.2.3. Distribución de las instalaciones del IPSS**

La mayor parte de las instalaciones del IPSS está situada en y cerca de la provincia de Arequipa. Fuera de Arequipa, el IPSS ofrece servicios a pacientes hospitalizados en el Hospital Integrado de Mollendo, que administra el IPSS. El IPSS utiliza también las instalaciones para hospitalización del Ministerio de Salud en Camaná y Aplao, aunque el IPSS admite pocos pacientes en estas instituciones. La mayoría de los inscritos en el IPSS recibe atención médica que requiere hospitalización en el Hospital Central del Sur de Arequipa. De las 14 postas, tres se encuentran en la zona metropolitana de Arequipa y cuatro más en las provincias de Arequipa o Caylloma. Las autoridades regionales comentaron que la distribución de instalaciones y recursos en el sistema de salud regional del IPSS les impide funcionar como un sistema de servicio regional debido a la concentración de recursos en la zona metropolitana de Arequipa y a la falta de instalaciones adecuadas de servicio en otras zonas.

## **5.3 RECURSOS MEDICOS DEL IPSS**

Según datos obtenidos del Colegio de Médicos de Arequipa, el IPSS emplea 470 médicos, aproximadamente el 44 por ciento de todos los médicos en ejercicio de la región. Un importante factor en el desarrollo de los servicios médicos del

IPSS ha sido el efecto del empleo nacional y las normas relativas a la dotación de personal y a la productividad en los hospitales. La productividad de los médicos y hospitales en los sectores público y semipúblico se ve afectada por las leyes nacionales que definen la semana de trabajo estándar de los médicos como de 36 horas. (Esto rige para los médicos del Ministerio de Salud y del IPSS). En los hospitales del IPSS los médicos tienen un incentivo fuerte para hacer "guardias" (turnos nocturnos) puesto que esas horas son pagadas con un diferencial nocturno y las horas de guardia son contadas como horas de trabajo estándar, lo que permite a un médico miembro del personal completar las 36 horas requeridas en dos o tres días.

Los servicios de emergencia (donde la mayor parte de las horas de guardia transcurre) consumen una elevada proporción del tiempo disponible de los médicos en detrimento de otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, lo que agrava los retrasos que los pacientes que necesitan ayuda médica tienen que soportar. El personal administrativo regional ha sugerido que esta situación podría modificarse con la creación de un personal especial para las salas de emergencia que tendría la capacidad permanente para atender a los servicios de emergencia. Este arreglo efectivamente liberaría al personal médico del IPSS de la obligación de ocuparse de los pacientes ambulatorios u hospitalizados del hospital. No está claro por qué la administración del hospital no es capaz de organizar los horarios de los médicos para cubrir las necesidades; eso es lo que se esperaría de un hospital bien organizado, particularmente si se trata de un hospital con abundante personal como los del IPSS en Arequipa.

Como consecuencia de estas políticas, a pesar de los grandes aumentos en el personal, la cobertura de médicos no basta para atender a los pacientes ya que muchos médicos completan su semana de trabajo en tres días. Esta situación se ha utilizado para justificar los aumentos de personal en los últimos años, lo que ha incrementado los costos de personal. No obstante, otros observadores del IPSS señalan que el padrinazgo político ha aumentado en los últimos cinco años.

### **5.3.1. Personal profesional en el Hospital Central del Sur**

La dotación de personal en el Hospital Central del Sur ilustra la tendencia hacia los costos crecientes de personal. En 1973, el personal médico combinado de los dos hospitales era de aproximadamente 73 médicos (aproximadamente 33 en el de obreros y 40 en el de empleados). Hoy en día, el personal médico en ambas instituciones supera las 200 personas (véase el Cuadro 33). Además, el personal de apoyo ha aumentado proporcionalmente.

<b>CUADRO 33</b>					
<b>PERSONAL PROFESIONAL, HOSPITAL CENTRAL DEL SUR, IPSS, 1985-1990</b>					
<b>RECURSO</b>	<b>PABELLON<sup>1</sup></b>	<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1990</b>	<b>% CAMBIO, 1985-90</b>
<b>CAMAS</b>	<b>PABELLON A</b>	184	173	172	
	<b>PABELLON B</b>	278	289	301	
	<b>TOTAL</b>	462	462	473	2,4
<b>MÉDICOS</b>	<b>PABELLON A</b>	108	109	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	121	103	N/D	
	<b>TOTAL</b>	229	212	228	N/C
<b>DENTISTAS</b>	<b>PABELLON A</b>	4	5	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	4	6	N/D	
	<b>TOTAL</b>	8	11	11	37,5
<b>QUÍMICOS</b>	<b>PABELLON A</b>	3	3	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	3	3	N/D	
	<b>TOTAL</b>	6	6	5	16,6
<b>PARTERAS</b>	<b>PABELLON A</b>	4	3	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	14	14	N/D	
	<b>TOTAL</b>	18	17	22	
<b>ENFERMERAS</b>	<b>PABELLON A</b>	117	132	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	134	145	N/D	
	<b>TOTAL</b>	251	277	334	33,1
<b>OTROS PROFESIONALES</b>	<b>PABELLON A</b>	447	N/D	N/D	
	<b>PABELLON B</b>	582	N/D	N/D	
	<b>TOTAL</b>	1.029	N/D	981	-4,6

1. Pabellon A = "Obreros"; Pabellon B = "Empleados"

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

En base a una capacidad total de 473 camas, el Hospital Central del Sur tiene un médico por cada dos camas en uso activo en los hospitales y una enfermera por cada 1,5 camas. En comparación, el Hospital Honorio Delgado tiene un médico por cada 6,3 camas, y el Hospital Goyeneche tiene un médico por cada 4,1 camas (véase el Cuadro 34). El Hospital Central del Sur tiene más del doble del número de enfermeras por cama en comparación con los dos hospitales del Ministerio de Salud.

<b>CUADRO 34</b>			
<b>COMPARACION DE LOS INDICADORES DE PERSONAL ENTRE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEL IPSS</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>HONORIO DELGADO</b>	<b>GOYENECHÉ</b>	<b>HOSPITAL CENTRAL SUR</b>
<b>CAMAS/MÉDICO</b>	6,3	4,1	2,1
<b>CAMAS/ENFERMERA</b>	3,1	3,8	1,4
<b>ALTAS/MÉDICO</b>	103	79	63
<b>ALTAS/ENFERMERA</b>	51	73	42

Fuente: Documentos del Ministerio de Salud (administración y facilidades); Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

### **5.3.2. Efecto sobre la atención a los pacientes: Estimaciones del tiempo de espera de los pacientes**

A pesar del nivel de dotación de personal observado en el Hospital Central del Sur, el acceso a los servicios sigue siendo difícil. Las dificultades relacionadas con el uso de los servicios del IPSS son generalmente reconocidas y son una de las causas principales por las que aquellos con derecho al seguro del IPSS solicitan el servicio en cualquier otra parte -- en muchos casos a través del uso de seguros privados promovidos por el empleador. Mediante las entrevistas con los médicos y el personal que trabaja en el sistema del IPSS en Arequipa, el equipo de estudio calculó el tiempo requerido para que un paciente obtenga atención médica para un problema de salud, hipotético, pero común, que no sea de emergencia -- una tos persistente que requiere un diagnóstico con radiografía de los pulmones.

El paciente tendría que levantarse temprano (es decir, a las 5:00 h.) para hacer una fila y así obtener una cita con un médico del IPSS que lo atenderá más tarde durante esa mañana. El examen del médico puede durar una media hora durante la cual el médico ordenará el examen necesario con rayos X. El paciente luego tiene que ir con esa orden al departamento de radiología, que fijará la cita para la radiografía para tres semanas más tarde, que es lo más pronto posible debido a la demanda de radiografías y a las horas limitadas de trabajo diario del departamento de radiología (seis horas diarias) para exámenes que no sean de emergencia.

Después de tres semanas, el paciente regresará al hospital para recoger la radiografía, y dos días más tarde volverá para que un médico lea la radiografía y para obtener el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. No obstante, para ver a un médico el paciente debe nuevamente levantarse a las 5 de la mañana para pedir una cita para esa misma mañana. Si el médico ordena algún medicamento, la farmacia atenderá al paciente de inmediato.

### **5.4 UTILIZACION DE LAS INSTALACIONES DEL IPSS**

En 1989, las instalaciones del hospital administrado por el IPSS mantenía un promedio de ocupación del 70 por ciento (véase el Cuadro 35). Entre las tres instalaciones el Pabellón "A" (obreros), Pabellón "B" (empleados) y el Hospital de Mollendo representan aproximadamente el 30 por ciento, el 50 por ciento y el 20 por ciento de todas las altas, respectivamente. La duración media de la estancia en los tres hospitales fue de 8,6 días. Las tasas de ocupación en las instalaciones del Pabellón A fueron mayores que en el Pabellón B y que en las instalaciones de Mollendo (el 85 por ciento comparado con el 67 por ciento y el 55 por ciento respectivamente).

**CUADRO 35**  
**ESTADÍSTICAS DE UTILIZACIÓN SELECTAS PARA EL IPSS (SERVICIOS DE HOSPITALIZADOS) UNIDADES DE HOSPITAL, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL, AREQUIPA, 1989**

INDICADOR DE UTILIZACIÓN	CENTRAL SUR "PABELLON A" <sup>1</sup>	% DEL TOTAL	CENTRAL SUR "PABELLON B" <sup>2</sup>	% DEL TOTAL	INTEGRADO MOLLENDO <sup>3</sup>	% DEL TOTAL	TOTAL
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>							
CAMAS	172	29,5	301	51,6	110	18,9	583
ALTAS	5.572	32,0	8.728	50,1	3.109	17,8	17.409
DURACIÓN DE LA ESTANCIA PROMEDIA (DÍAS)	9,6	--	8,5	--	7,1	--	8,6
% OCUPACIÓN	85,5	--	67,7	--	55,1	--	70,1
PARTOS	1.532	31,2	2.641	53,8	737	15,0	4.910
SALAS DE PARTO	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4
INCUBADORAS	10	--	8	--	N/A	--	N/A
SALAS DE CIRUGÍA	4	36,5	6	54,5	1	9,0	11
TRATAMIENTOS QUIRURGICOS	3.063	36,6	3.802	45,4	1.507	18,0	8.372
<b>AMBULATORIO</b>							
VISITAS DENTALES	12.935	28,1	23.390	50,9	9.652	21,0	45.977
VISITAS A LA CLÍNICA	155.354	42,1	165.915	44,9	47.874	13,0	369.143
VISITAS A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA	39.747	34,1	58.698	50,4	18.007	15,5	116.452
<b>LABORATORIO</b>							
LABORATORIO CLINICAL	191.524	42,8	225.605	50,4	30.027	6,7	447.156
PATOLOGÍA	5.710	45,9	5.958	47,9	770	6,2	12.438
BANCO DE SANGRE	128.150	72,9	45.500	25,9	2.000	1,1	175.650
<b>RADIOLOGÍA</b>							
RAYOS X	26.156	40,3	30.850	47,6	7.824	12,1	64.830

1. Pabellon A = "Obreros".

2. Pabellon B = "Empleados".

3. IPSS y Ministerio uso combinado.

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

## 5.5 FINANCIAMIENTO DEL IPSS

En las siguientes subsecciones, se describe el financiamiento del seguro de enfermedad del IPSS y el componente de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Peruano. Además, se presenta información sobre ingresos y gastos regionales durante el quinquenio 1985-1989. Los ingresos y los gastos operativos se comparan y luego se discuten los problemas financieros que se le plantean al IPSS. Finalmente, se describe el sistema de libre elección del IPSS.

### 5.5.1. Contribuciones del empleado y el empleador

La contribución conjunta para los beneficios de seguro de enfermedad y previsión social del IPSS tanto para el empleado como para el empleador es el 18 por ciento del sueldo básico del empleado. De este 18 por ciento, la mitad es asignada por el IPSS al seguro de enfermedad. De la mitad dirigida a los beneficios de salud, el empleador contribuye con la restante tercera parte mediante deducciones de la nómina. Por lo tanto, la contribución del empleador al seguro de enfermedad del IPSS es equivalente al seis por ciento del salario de cada trabajador; la contribución del trabajador representa el tres por ciento de su salario.

Si una persona tiene dos o más lugares de empleo, se les exige a cada empleador contribuciones completas para el IPSS. (No obstante, tal como señalaba un observador, cuando un contribuyente múltiple se jubila, cada uno tiene derecho a una pensión del IPSS en base solamente a un salario. La circunstancia ha llevado a algunos a caracterizar al IPSS como un buen cobrador pero mal pagador). Dos esposos que trabajan en la economía formal, así como también sus empleadores, también deben contribuir totalmente al IPSS, aunque en este caso ambos individuos recibirán cobertura total de enfermedad como asegurados principales.

### 5.5.2. Tendencias en los ingresos regionales y gastos operativos del IPSS

El ingreso total de abonados al seguro de enfermedad proveniente de las contribuciones de empleados y empleadores varió significativamente en el período 1985-1990 para el cual se disponía de datos. En 1985, el ingreso total regional del IPSS de ambas fuentes fue de \$-EEUU 5,5 millones (véase el Cuadro 36). En 1987, esta cifra se había triplicado, a casi \$-EEUU 16 millones. No obstante, el año siguiente el ingreso del IPSS bajó a menos de \$-EEUU 1,5 millones, se duplicó en 1989, y luego volvió a caer por debajo de los \$-EEUU 1,5 millones en 1990 (proyección).

CUADRO 36						
INGRESO ANUAL DE ABONADOS (EMPLEADORES Y EMPLEADOS) PARA EL SEGURO DE ATENCION DE SALUD PROPORCIONADO POR DECRETO LEY 22482.						
IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL AREQUIPA, 1985-1990						
(Intis actuales y U.S. \$)						
MONEDA	1985	1986	1987	1988	1989	1990 <sup>1</sup>
<b>AREQUIPA</b>						
INTIS	68.492.746	145.480.109	330.102.368	1.519.113	38.307.451.036	187.063.000.000
DOLARES <sup>2</sup>	4.909.874	10.428.673	14.352.278	1.342.414	2.783.971	1.068.931
<b>CAMANA</b>						
INTIS	4.564.698	5.566.462	12.589.835	58.329.593	1.448.075.142	10.942.000.000
DOLARES	327.218	399.029	547.384	51.527	105.238	62.526
<b>MOLLENDO</b>						
INTIS	4.120.431	8.075.839	18.569.802	93.486.231	2.052.122.865	12.425.000.000
DOLARES	295.371	578.913	807.382	82.585	149.137	71.000
<b>APLAO</b>						
INTIS	N/D	N/D	4.577.756	22.451.208	570.026.175	2.652.000.000
DOLARES	--	--	199.032	19.833	41.426	15.154
<b>TOTAL</b>						
INTIS	77.177.800	159.122.400	365.839.700	1.693.880.100	42.377.674.000	213.082.000.000
DOLARES	5.532.463	11.406.615	15.906.076	1.496.359	3.079.772	1.217.611

1. Cobranza enero - abril extrapolada a 12 meses.

2. Intis-dolares tasas de conversión: 1/dólar 1985 - 13,95; 1986 - 13,95; 1987 - 23,00; 1988 - 1.132,00; 1989 - 13.760,00; 1990 - 175.000,00.

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

He aquí varias posibles explicaciones de esta variación en el ingreso. En 1985, el sistema regional del IPSS abarcaba un área geográfica más grande y de mayor población, incluyendo las ciudades de Tacna y de Cuzco. Tacna es comparable a Arequipa con respecto a la proporción de población departamental cubierta por el sistema IPSS (el 19,7 por ciento para Tacna, en comparación con el 17,4 por ciento para Arequipa (Zschock, 1988)). En conjunto, estos dos departamentos constituyen sin duda una proporción significativa -- quizás la mitad -- de los ingresos del sistema IPSS en 1985.

Los aumentos en los ingresos registrados para 1986 y 1987 no se explican por aumentos de la población con cobertura, sino que se deben a aumentos de las

contribuciones de empleadores y empleados. La razón de la drástica reducción en el ingreso entre 1987 y 1988 es desconocida.

Entre 1988 y 1990, a pesar del crecimiento en el número acumulado de empleadores y empleados cubiertos por el programa, los ingresos variaron levemente (alcanzando una cifra récord en 1989 de \$-EEUU 3 millones), pero fueron similares durante 1987 y 1990 (estimados). Esta falta de aumento en el ingreso puede deberse a la naturaleza de las fórmulas aplicadas a las contribuciones del IPSS durante los períodos de inflación acelerada. Según Zsochock, la ley ejecutoria fijaba límites salariales para las contribuciones al sistema IPSS, más allá de los cuales las contribuciones de cualquier empleado dado seguían siendo constantes. Por lo tanto, durante períodos de rápida inflación, los salarios (y los costos) aumentaron, pero los ingresos del IPSS por inscritos siguieron invariables.

Los gastos siguieron el mismo patrón de los ingresos. Los gastos en 1985 fueron de \$-EEUU 8,7 millones, subiendo a \$-EEUU 19,1 millones en 1987, y descendiendo a \$-EEUU 2,5 millones en 1986, lo que indica que los patrones observados tanto para los ingresos como para los gastos están vinculados con las tendencias económicas en el Perú y no con los cambios programáticos o con la cobertura en el sistema del IPSS propiamente dicho.

Los salarios representan una proporción creciente de los gastos del sistema de salud regional del IPSS en el período estudiado, pasando del 45 por ciento de los gastos totales en 1985 a aproximadamente el 54 por ciento en 1989 (véase el Cuadro 37). Las pensiones y las prestaciones para los empleados, incluyendo las contribuciones del IPSS mismo y de los empleados del IPSS al fondo de seguro del IPSS, se incluyen bajo las transferencias corrientes. Estos costos representaron un 15 por ciento adicional de los gastos totales del IPSS en 1985 y aumentaron a casi el 25 por ciento de los gastos totales en 1989. Estos costos de personal totalizaron el 60 por ciento de todos los gastos del IPSS en 1985 y casi el 80 por ciento del total de gastos del IPSS en 1989 (véase el Cuadro 38).

CUADRO 37 CATEGORÍAS SELECTAS DE DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE SALUD, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985, 1987, 1988 Y 1989 (U.S. \$) <sup>1</sup>								
CATEGORÍA DE DESEMBOLSO	1985	% DE TOTAL SALUD	1987	% DE TOTAL SALUD	1988	% DE TOTAL SALUD	1989	% DE TOTAL SALUD
SUELDOS (TOTAL)	3.975.120	45,4	10.904.182	57,0	1.326.169	51,5	2.191.390	54,4
BIENES (TOTAL)	2.771.822	31,6	3.605.515	18,8	576.937	22,4	727.208	18,1
MEDICAMENTOS Y ABASTOS	1.805.177	20,6	2.545.788	13,3	424.343	16,4	231.722	5,7
ABASTOS DEL LABORATORIO	103.443	1,2	106.848	0,5	27.515	1,1	318.886	7,9
SERVICIOS (TOTAL)	672.994	7,7	663.303	3,5	72.786	2,8	115.467	2,9
LIBRE ELECCIÓN	141	0	39.424	0,2	2.998	0,1	2.762	0
SERVICIOS CONTRATADOS	219	0	10.757	0	575	0	115	0
TRANSFERENCIAS ACTUALES (TOTAL)	1.280.038	14,6	3.831.575	20,0	598.424	23,2	994.588	24,7
INVERSIÓN CAPITAL (TOTAL)	38.102	0,4	--	--	--	--	--	--
DESEMBOLSOS EN SALUD (TOTAL)	8.763.070	100,0	19.137.121	100,0	2.575.114	100,0	4.028.808	100,0

1. Tasa promedio de conversión: 1985 1/ 13,04 / U.S. \$  
1987 1/ 23,00 / U.S. \$  
1988 1/ 1,132,00 / U.S. \$  
1989 1/ 13,780,00 / U.S. \$

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

<b>CUADRO 38</b>				
<b>SUELDOS Y BENEFICIOS<sup>1</sup> COMO PORCENTAJE DE LOS DESEMBOLSOS TOTALES DEL PROGRAMA DE SALUD, IPSS GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985, 1987, 1988 Y 1989</b>				
<b>DESEMBOLSOS</b>	<b>1985</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>
<b>SUELDOS</b>	45,4	57,0	51,5	54,4
<b>TRANSFERENCIAS ACTUALES</b>	14,6	20,0	23,2	24,7
<b>SUELDOS Y BENEFICIOS COMO % DE LOS DESEMBOLSOS TOTALES DEL PROGRAMA DE SALUD</b>	60,0	77,0	74,7	79,1

1. Se excluyen pensiones (categoría 5,0).

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

En 1985, los medicamentos y suministros médicos comprados para ser usados en el sistema de prestación de servicios representaron el 30 por ciento de los gastos totales. En 1989, esta proporción ha bajado representando sólo el 5,7 por ciento de los gastos totales. De todos los tipos de productos comprados para el sistema del IPSS en la región, la proporción de estos gastos bajó del 32 por ciento de los gastos totales en 1985 al 18 por ciento en 1989.

Comparando los datos de ingresos y gastos del IPSS, el sistema de seguro de enfermedad de la región de Arequipa registró un déficit en cada uno de los años estudiados (véase el Cuadro 39). El exceso de gastos del programa sobre los ingresos en 1985 fue de casi el 60 por ciento del ingreso total de ese año. De igual manera, los déficit en 1987, 1988 y 1989 fueron del 20 por ciento, 72 por ciento y 30 por ciento del ingreso operativo real para cada año respectivo.

<b>CUADRO 39</b>				
<b>DIFERENCIA ENTRE LOS INGRESOS DE ABONADOS Y LOS DESEMBOLSOS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LA ATENCION DE SALUD PROPORCIONADA BAJO EL DECRETO LEY 22482, IPSS, GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AREQUIPA, 1985-1989</b>				
<b>(Intis constantes, actuales y dolares U.S.)</b>				
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA</b>	<b>1985</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>
<b>INTIS ACTUALES</b>				
<b>INGRESO</b>	77.177.800	365.839.700	1.693.880.100	42.377.674.000
<b>DESEMBOLSOS</b>	122.157.204	440.153.300	2.915.030.000	55.436.407.000
<b>DIFERENCIA</b>	-44.979.400	-74.313.000	-1.221.149.000	-13.058.700.000
<b>INTIS CONSTANTES<sup>1</sup></b>				
<b>INGRESO</b>	29.879.132	170.554.630	92.952.867	1.473.954.700
<b>DESEMBOLSOS</b>	47.292.762	205.199.670	159.964.270	1.928.156.000
<b>DIFERENCIA</b>	-17.413.700	-34.645.000	-67.011.000	-454.201.000
<b>DOLARES U.S.</b>				
<b>INGRESO</b>	5.532.463	15.906.076	1.496.359	3.079.772
<b>DESEMBOLSOS</b>	8.763.070	19.137.121	2.575.114	4.028.808
<b>DIFERENCIA</b>	-3.230.600	-3.231.000	-1.078.700	-949.086

1. 1985 base.

Fuente: Gerencia Regional Arequipa, IPSS.

Los déficits del sistema del IPSS pueden atribuirse a diversos factores. A pesar del hecho de que los empleados gubernamentales son participantes obligatorios en el seguro de enfermedad y en los sistemas de seguridad social del IPSS, las contribuciones del gobierno a estos fondos han sido constantemente retenidas o incompletamente pagadas. Además, los empleadores se han hecho expertos en notificar un número menor de empleados de los que en realidad tienen, reduciendo así sus contribuciones a pesar de que sus empleados siguen usando los servicios del IPSS. Finalmente, el hecho de que el límite máximo de contribuciones no se ajuste para tener en cuenta la inflación ha contribuido a la disparidad que existe entre las contribuciones basadas en el salario y los costos del programa.

El Cuadro 40 ilustra el efecto de ajustar las contribuciones del IPSS para tener en cuenta la inflación para un empleador. Este empleador contribuye al IPSS, a un fondo de autoseguro, y paga directamente a los proveedores por los servicios de salud usados por sus empleados. En los últimos seis meses, las contribuciones de la empresa al fondo de autoseguro de enfermedad aumentaron de I./23.000 a I./150.000, tras los ajustes de los pagos al fondo requeridos para mantenerse a la par con la inflación. Los pagos directos a los proveedores externos de servicios de salud prestados a los empleados de la empresa aumentaron aún más rápidamente, de I./146.000 en el primer mes a I./2.442.000, reflejando la tendencia creciente en los precios de la atención médica pagados por los usuarios y las empresas durante el período. En cambio, las contribuciones de la empresa al IPSS aumentaron sólo levemente durante el mismo período. La última línea en el cuadro presenta la diferencia en porcentaje de las contribuciones entre el primer y último mes. Según fuentes de la empresa, las contribuciones casi fijas (o en rápido descenso en términos de divisas constantes) al IPSS se deben principalmente a la naturaleza rígida de las fórmulas aplicadas a las contribuciones del IPSS.

<b>CUADRO 40</b>			
<b>TENDENCIAS EN LOS PAGOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD DE LOS EMPLEADOS PARA EL IPSS Y LA COBERTURA DEL SEGURO PRIVADO: COMPAÑÍA "X", ENERO - JUNIO DE 1990</b>			
<b>MES (1990)</b>	<b>CONTRIBUCIÓN A IPSS PARA SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>CONTRIBUCIÓN A EL FONDO AUTO-SEGUROS</b>	<b>PAGOS DE LOS EMPLEADORES PARA SERVICIOS DE SALUD COMPRADOS POR LOS EMPLEADOS</b>
<b>ENERO</b>	573.500	23.000	146.000
<b>FEBRERO</b>	578.500	27.000	514.000
<b>MARZO</b>	1.006.000	33.000	511.000
<b>ABRIL</b>	922.500	82.000	875.000
<b>MAYO</b>	740.500	166.000	1.374.000
<b>JUNIO</b>	698.500	150.000	2.442.000
<b>CAMBIO, ENERO-JUNIO</b>	21,8%	552,2%	1.572,6%

### **5.5.3. Sistema de libre elección del IPSS**

El sistema IPSS permite a sus asegurados recibir atención médica de proveedores no pertenecientes al IPSS que luego son reembolsados de acuerdo con una tarifa por servicios individuales basado en un cargo por servicio prestado. Este sistema, conocido como "de libre elección", ocasionó gastos menores al IPSS en todos los años estudiados, al igual que los gastos del IPSS por servicios médicos contratados a proveedores externos.

En vista de los obstáculos con los que tropiezan los asegurados del IPSS para lograr acceso a atención médica asegurada, sería de esperar que el sistema de libre elección registrara elevados niveles de utilización por los individuos que buscan atención médica fuera del IPSS. Basado en casos anecdóticos hay un consenso general en cuanto a que las personas aseguradas por el IPSS evitan acudir a sus instalaciones. Por ejemplo, las conversaciones con empleados del Ministerio de Salud revelaron que los empleados del Ministerio prefieren pagar por sus servicios en las instalaciones del Ministerio en lugar de recibir atención gratuita en el IPSS. Sin embargo, estos datos episódicos son difíciles de conciliar con los datos disponibles sobre utilización. Por ejemplo, con 473 camas, el Hospital Central del Sur del IPSS tuvo 14.300 altas en 1989, en comparación con 11.757 en el Hospital Honorio Delgado del Ministerio de Salud, que tiene 718 camas.

Según el sistema de libre elección del IPSS, las personas aseguradas por el IPSS reciben servicios médicos del establecimiento o proveedor de su elección, incluyendo el Ministerio de Salud. Las personas pagan por los servicios y son luego reembolsados por el IPSS. No obstante, el sistema de reembolso del IPSS paga solamente alrededor del 30 por ciento de la cantidad cobrada por las clínicas o proveedores privados (ver Cuadro 41), lo que constituye un factor disuasivo para los presuntos usuarios del sistema de libre elección. El plan de reembolsos vigente durante el período en estudio demuestra que las tarifas de los servicios individuales son muy bajas, lo que determina el bajo porcentaje de los cargos totales efectivamente reembolsados a los usuarios de la modalidad de libre elección (véase el Cuadro 42).

<b>CUADRO 41</b> <b>CARGOS Y PAGOS PARA LOS SERVICIOS ASEGURADOS POR EL IPSS PROPORCIONADOS POR PROVEEDORES NO</b> <b>IPSS CONFORME AL "SISTEMA DE ELECCION LIBRE",<sup>1</sup> REGION DE AREQUIPA, JULIO-DICIEMBRE DE 1989</b> (miles de Intis actuales)							
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<b>CARGOS (DEMANDAS)</b>	4.208,4	8.463,2	6.709,3	9.462,6	9.015,9	15.410,7	53.270,3
<b>CARGOS (PAGOS)<sup>2</sup></b>	1.254,0	3.214,0	2.258,1	3.359,8	2.861,0	4.930,0	18.057,0
<b>% DE LOS CARGOS PAGADOS</b>	29,8	38,0	33,6	37,4	31,7	32,0	33,9

1. Sistema de Libre Elección.

2. Basado en una lista de precios para servicios no IPSS.

**CUADRO 42**  
**REEMBOLSO PERMITIDO PARA SERVICIOS DE PROVEEDORES NO IPSS PARA EL**  
**"SISTEMA DE ELECCION LIBRE", REGION DE AREQUIPA, 1989**  
 (Intie)<sup>1</sup>

SERVICIO	CARGO
CONSULTA MÉDICA	30,00
DÍA HOSPITALIZACIÓN	8,00
ATENCIÓN PARTO	60,00
LABORATORIO	
HEMOGRAMA	15,75
HEMATOCRITO	5,25
VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN	9,19
TIEMPO COAGULACIÓN Y SANGRÍA	7,88
HEMOGLOBINA DOSAJE	9,88
GLUCEMIA	13,13
COLESTEROLEMIA	13,13
CREATINEMIA	13,13
PROTEÍNAS TOTALES Y FRACCIONADAS	14,44
BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA	19,69
GRUPO SANGÜINEO	9,94
FACTOR RH	9,94
TEST COOMBS	19,69
PRUEBA DE LATEX	13,13
LIPIDOGRAMA	34,13
PROTEINOGRAMA	39,38
ANTIESTREPTOLISINAS	26,25
EX. COMPLETO ORINA	9,19
PROTEÍNAS EN ORINA 24 HRS.	10,50
CITOQUÍMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	31,50
HEPATOGRAMA	84,00
TOLERANCIA A LA GLUCOSA	52,50
PRUEBA DE EMBARAZO	26,25
ANTIBIOGRAMAS	31,50
CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	63,00
PRUEBA WEIL FELIX	15,75
IDENTIFICACIÓN DE VIRUS	39,38
RADIOGRAFÍA	
CRÁNEO SIMPLE	19,69
ESTUDIO DE COLUMNA	210,00
MIELOGRAFÍA	157,50
NEUMOENCEFALOGRAFÍA	393,75
HUESOS DEL BRAZO	21,00
ARTICULACIÓN DE MUÑECA	21,00
ARTEROGRAFÍA DE UN MIEMBRO	196,88
TÓRAX SIMPLE	32,82
FLUOROSCOPIA	15,75
BRONCOGRAFÍA	157,50
TRÁNSITO INTESTINAL	131,25
NEUMOPERITONEO	157,50
PIELOGRAFÍA EXCRETORA	144,38
HISTEROSALPINGOGRAFÍA	144,38
MAMOGRAFÍA	59,07
TOMOGRAFÍA A. C.	2,062,50
ECOGRAFÍA	210,00

1. Tasa de intercambio (promedio 1989) U.S.\$1 = 1./ 13,78)

## **5.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA PROVISION Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL IPSS**

El sistema de atención médica del IPSS, diseñado para proporcionar servicios médicos a todos los beneficiarios del mismo (trabajadores y familiares) se enfrenta a graves problemas debido a la baja de los ingresos y el deterioro de la infraestructura, juntamente con los costos elevados e inflexibles de personal.

Existen oportunidades para mejorar la eficiencia de las operaciones del IPSS con una mejor asignación de los médicos. Por ejemplo, puede resultar útil asignar personal sólo a la sala de emergencia para superar problemas con las guardias. También es posible mejorar la eficiencia mediante la unificación de los servicios duplicados (obreros y empleados).

Dado que los sueldos del personal médico del IPSS son más altos que los del personal del Ministerio de Salud, debería realizarse un estudio para determinar cuáles son las compensaciones adecuadas con base al mercado actual.

Debe hacerse un esfuerzo concertado para mejorar la calidad de la atención si el IPSS desea prestar servicios médicos a sus contribuyentes. En la actualidad, el descontento con la calidad y accesibilidad de la atención médica lleva a muchos beneficiarios del IPSS a usar clínicas privadas o del Ministerio de Salud. Los empleadores a menudo pagan una cobertura doble, agregando seguros privados a la cobertura del IPSS, debido a lo inadecuado de la atención médica en el IPSS.

Tal como se indicó en las conclusiones de la sección de este informe dedicada al Ministerio de Salud, el uso de las instalaciones del Ministerio de Salud por los beneficiarios del IPSS sugiere que podría llegarse a un acuerdo entre el IPSS y el Ministerio de Salud para diseñar un mecanismo formal para el reembolso de los servicios.

Para dar atención ambulatoria a los beneficiarios rurales del IPSS, podría llegarse a un acuerdo con proveedores locales privados, con una tarifa por servicio o mecanismos de financiamiento pagado de antemano.

Convendría que el IPSS examinara su sistema de reembolso, determinando tarifas (reembolsables) adecuadas para los médicos del sector privado. Además, sería muy útil realizar un estudio de los costos relativos de prestar atención médica directamente en las instalaciones del IPSS en comparación con el costo de los servicios privados. Esta información podría servir de guía para las futuras decisiones sobre si los beneficiarios del IPSS recibirán servicios directos o serán reembolsados por atención médica recibida en instalaciones que no pertenecen al IPSS.

## **6.0 CLINICAS, ASEGURADORES Y FARMACIAS PRIVADAS**

Los datos procedentes del Colegio Médico de Arequipa indican que aproximadamente el 30 por ciento de los 1.080 médicos practicantes en Arequipa están dedicados a la práctica privada, no afiliados con los sistemas de salud del Ministerio de Salud ni con el IPSS. Tal como se advirtió antes, muchos médicos del Ministerio de Salud y del IPSS también mantienen prácticas privadas.

En las subsecciones siguientes se analizan los resultados de una investigación de los recursos y servicios de salud en el sector privado en la región de Arequipa. Se presenta información sobre las características de dos importantes instalaciones privadas de salud que proporcionan servicios ambulatorios y hospitalizados y que representan la mayor parte de la capacidad de provisión de servicios de salud del sector privado, no basado en la oficina. También se presenta información sobre la naturaleza y cobertura de los recursos de financiación de la salud del sector privado en ese área. Se incluyen las compañías de seguros que ofrecen planes de seguro de enfermedad a los individuos y a los empleadores, los empleadores que proporcionan cobertura privada del seguro de enfermedad para sus empleados y una organización que sirve a médicos administrando el reembolso entre las compañías de seguro y los médicos privados. Finalmente, se proporciona información sobre una encuesta informal de farmacias en Arequipa.

### **6.1 CLINICAS PRIVADAS**

#### **6.1.1. Hogar Clínica San Juan de Dios**

En 1955, la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios comenzó a proporcionar servicios para los niños con desórdenes ortopédicos y motores congénitos. Para 1967, la organización había ampliado sus servicios ambulatorios originales para incluir toda una gama de especializaciones en régimen de hospitalización y ambulatorio a través de la Clínica Hortencia Espinoza de Salinas, el hospital bautizado con el nombre de su principal benefactor. Bajo los auspicios de la Orden, que posee y opera un hospital grande en Lima y más de 40 hospitales en España, la Clínica Hortencia mantiene en la actualidad la mayor instalación de salud privada de Arequipa.

La Clínica está encabezada por el Superior de la Orden y el Director Administrativo de la organización de los servicios de salud, que también encabeza el comité ejecutivo ("consejo directivo"). Bajo el director figuran el director médico y los directores administrativos de la clínica.

La Clínica tiene una dotación de personal remunerado de 56: seis médicos (director médico y cinco "residentes" o egresados recientes de facultades de medicina, que ya no están recibiendo capacitación); siete empleados administrativos; 15 enfermeras; un trabajador social; un contable; seis técnicos/auxiliares, y 20 trabajadores de mantenimiento. Además del personal remunerado, la clínica y la organización de San Juan de Dios cuentan con los servicios, en distintas capacidades, de 18 hermanos que no reciben remuneración de fondos de la Clínica. Otros servicios no remunerados proporcionan 140 médicos de planta ad-honorem, tres administradores voluntarios, un trabajador social, 40 estudiantes de enfermería y 100 estudiantes y ayudantes de enfermería.

La Clínica tiene por política proporcionar a los médicos de planta privilegios de admisión a condición de que no carguen por los servicios proporcionados a los pacientes del segundo piso que reciben atención gratuita. Además de los servicios no remunerados de los médicos de planta, el hospital contrata a "residentes" que reciben salarios relativamente bajos por trabajar en el hospital, generalmente como ayudantes del personal médico. Los residentes están dispuestos a trabajar en estas circunstancias en la Clínica Hortencia debido a que hay pocos puestos de trabajo disponibles en Arequipa.

La entidad San Juan de Dios es clasificada como una organización sin fines de lucro (calificándose como "sociedad de beneficencia" que recibe beneficios fiscales así como apoyo público y donaciones caritativas). La clínica utiliza una combinación de atención gratuita y servicios de pago para financiar la operación de sus servicios de salud. La financiación para las operaciones de la Clínica Hortencia se obtiene de tres fuentes principales: seguro, pago directo de los pacientes y aportes.

Aproximadamente el 60 por ciento del costo de las operaciones de la clínica se sufraga con los ingresos procedentes de los pacientes tratados en las secciones privadas. De este ingreso, un 70 por ciento procede de los pacientes asegurados y el resto está constituido por pagos directos de individuos. El ingreso procedente de la venta de medicamentos y de la farmacia también proporciona un apoyo sustancial para la clínica.

El 40 por ciento restante de los fondos de operación proviene de donaciones locales y de actividades de recaudación de fondos (por ejemplo, una campaña de recaudación en beneficio a las organizaciones de salud y servicio de la comunidad) y donaciones de fuera del Perú. Como entidad de "beneficencia", el Hospital San Juan de Dios está habilitado para recibir fondos gubernamentales, pero éstos son insignificantes.

En 1967, la Clínica abrió 10 camas para pacientes privados de pago. Hoy, la clínica opera 100 camas, incluidas camas privadas para pacientes adultos y pediátricos en el tercer piso de la instalación del hospital, además de las 60 camas que se mantienen en el segundo piso para atención gratuita sólo para niños. El hospital tiene una capacidad actual de 140 camas.

La utilización del segundo y tercer piso de los servicios hospitalarios de la clínica difiere sustancialmente debido a las diferencias en las poblaciones servidas. De agosto de 1989 a julio de 1990, la clínica sirvió a 2.237 pacientes con una permanencia media por alta de 11,9 días. De estos pacientes, el 38 por ciento (619) eran pacientes pediátricos, menores de 15 años, que recibían atención gratuita y que permanecieron un promedio de 24,4 días. A los pacientes de la Clínica privada correspondió el 62 por ciento (1.619) de todas las altas de la clínica y permanecieron en el hospital un promedio de 7,1 días.

Tomando como base estas cifras de utilización, el servicio pediátrico del segundo piso de la clínica mantiene una tasa de ocupación del 69 por ciento frente a la capacidad actual de 60 camas; los servicios privados en el tercer piso funcionan con una tasa de ocupación de 79 por ciento para la capacidad de 40 camas.

De acuerdo con el Hermano Director, la clínica no aspira a convertirse en el mayor centro médico ampliando su planta y capacidad de camas. Más bien, la clínica tratará de mantener su liderazgo en Arequipa y en el sur del Perú mejorando sus servicios técnicos, en particular el equipamiento médico. Por ejemplo, la clínica espera convertirse en el lugar dónde se instale el primer explorador CAT (tomografía axial por computadora) en el sur del Perú. En la actualidad, los pacientes necesitan trasladarse a La Paz o a Lima para exámenes CAT puesto que no existe tal servicio en la región. Otros tipos de equipos citados como necesarios en la región fueron los equipos de ecosonografía y tratamiento por rayos láser. La adquisición de equipo diagnóstico es de alta prioridad para la Clínica. Debido a su condición libre de impuestos y a sus vínculos con organizaciones filantrópicas exteriores, la clínica tiene mayores posibilidades de adquirir dicho equipo que otras instalaciones privadas.

El Hermano Director advirtió que la Clínica San Juan de Dios también había identificado la expansión de sus servicios ambulatorios preventivos y de promoción como meta importante de la organización. Aunque la Clínica tiene un servicio ambulatorio activo, funciona más como clínica subespecializada. La Clínica no tiene instalaciones adecuadas donde proporcionar atención primaria requerida en la comunidad. Como consecuencia, la Clínica concertó recientemente un acuerdo con el Ministerio de Salud para proporcionar apoyo médico en cuatro postas de salud en zonas urbanas cercanas de bajos ingresos ("pueblos jóvenes") donde actualmente no existen médicos permanentes. En virtud de otro acuerdo, los "residentes" empleados por la Clínica van a los postas de salud periódicamente para proporcionar atención primaria gratuita a los residentes de la zona.

La Clínica Hortencia no proporciona servicios de maternidad por razones de preocupación religiosa, a pesar del hecho generalmente reconocido de que existe falta de competencia entre las instalaciones privadas para la provisión de estos servicios.

### **6.1.2. Clínica Arequipa**

La Clínica Arequipa es una instalación de propiedad privada que proporciona servicios ambulatorios y hospitalizados. La Clínica es propiedad de un pequeño número de accionistas, todos los cuales son médicos de planta en la instalación. Aunque la Clínica es de propiedad privada, no puede ser considerada "con fines de lucro" puesto que no paga dividendos a los accionistas; los fondos excedentarios se vuelven a invertir en mejoras de la planta física y en la adquisición de equipo nuevo.

Más del 90 por ciento de la atención proporcionada por la Clínica Arequipa es financiada por el seguro privado. La porción restante la donan directamente los pacientes. La Clínica Arequipa tiene en la actualidad 11 acuerdos con empresas individuales para proporcionar servicios para sus empleados amparados por los sistemas de seguro de enfermedad administrados por la compañía. La Clínica mantiene acuerdos con 17 compañías de seguros adicionales para reembolso de la atención a sus abonados. La Clínica tiene honorarios estándar que se cargan a los pacientes de pago. Los pacientes asegurados pagan los honorarios establecidos por el acuerdo entre la Clínica y las compañías individuales de seguros. La Clínica no proporciona atención gratuita.

Los pacientes son admitidos de ordinario a la Clínica Arequipa por los médicos con privilegios de admisión o a través de la sala de emergencia. El médico cobra a los pacientes admitidos y estos pagan después a la Clínica. Los pacientes sin médico privado han de proporcionar, de ordinario, una carta de garantía de pago, las mayoría de las veces de su empleador.

El personal asalariado de la Clínica incluye a 10 empleados administrativos; un director médico; seis "residentes"; cuatro parteras-enfermeras; 11 enfermeras, y dos técnicos/auxiliares. Los médicos de planta, 50 médicos con privilegios de admisión, no son remunerados por la Clínica.

La Clínica tiene 32 camas así como una cama de atención especial. La Clínica es la fuente principal en Arequipa de servicios privados de maternidad. Además de una sala de natalidad, la Clínica tiene 12 cunas, tres incubadoras y dos unidades de fototerapia. Para servicios quirúrgicos, la Clínica tiene dos salas de operaciones para procedimientos importantes, una sala de cirugía oftálmica y una sala de procedimientos menores para cirugía ginecológica y escayolado. La Clínica también proporciona servicios médicos de emergencia.

De acuerdo con el director administrativo, la Clínica Arequipa acaba de iniciar un programa de cirugía en el mismo día. No se dispuso de datos sobre su operación. La ocupación de los servicios hospitalarios de esta Clínica es del 75 por ciento y la duración de permanencia media de 4,5 días debido a una elevada proporción de servicios de maternidad. Como promedio, se realizan diariamente de cuatro a cinco procedimientos quirúrgicos. La sala de emergencia asiste a unas 15 visitas diarias.

La Clínica Arequipa inició recientemente un programa de educación continua que no está formalmente afiliado a una institución académica. Sin embargo, el 90 por ciento, aproximadamente, de los médicos de planta en la Clínica Arequipa también trabajan como profesores en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Agustín.

El presidente de la Clínica indicó que ésta estaba muy interesada en prestar servicio a la comunidad. Dijo, por ejemplo, que la Clínica sería capaz de proporcionar personal médico para dotar los servicios de atención primaria de salud y realizar campañas de vacunación, etc. Otra área de interés mencionada fue la planificación familiar. El director médico, que también trabaja en el sistema de servicios de salud y en el IPSS, dijo que tenía intención de desarrollar un programa para un área geográfica específica.

El servicio podría ser gratuito; sin embargo, el presidente indicó que la Clínica no estaba dispuesta a proporcionar materiales y suministros médicos para esta clase de actividad. La Clínica podría proporcionar "internos" para las clínicas exteriores, bien en centros de salud u otros lugares, las cuales proporcionarían atención primaria. No se proporcionaría personal médico de la Clínica y los servicios se limitarían a la atención primaria. Si los pacientes necesitaban hospitalización, serían remitidos a uno de los hospitales públicos o a otro hospital de su elección.

## 6.2 COMPAÑÍAS Y SERVICIOS PRIVADOS DE SEGURO DE ENFERMEDAD

La crisis económica que continúa en el Perú y el inexorable deterioro de los servicios públicos han resultado en la creación de un mercado importante para el seguro privado de enfermedad. Las compañías públicas y privadas de grande y mediana dimensión que operan en Arequipa han adquirido seguro privado de enfermedad para algunos o todos sus trabajadores por distintas razones: de conformidad con las normas nacionales de cobertura de salud, si son empresas nacionales; debido a acuerdos laborales en vigor; en razón a obligaciones jurídicas, como en el caso de las compañías mineras; y, finalmente, debido a puros imperativos de eficiencia y costo de operación.

Aunque todos los empleadores en el Perú están obligados a hacer contribuciones al IPSS, muchos han optado por adquirir cobertura paralela para protegerse contra los altos costos de ausentismo y frustración de los empleados asociados con el uso de los servicios del IPSS. Las empresas públicas y privadas de mediana y gran dimensión en Arequipa adquieren cobertura de salud en grupo para algunos o todos sus empleados. Además, las pequeñas empresas tales como los restaurantes, las tiendas al por menor y las organizaciones de servicios, compran cobertura en grupo para sus empleados y propietarios de los negocios. Las compañías de seguro han creado grupos entre estas pequeñas empresas para distribuir el riesgo y proporcionar primas razonables. Además, la cobertura de salud de familias individuales puede obtenerse generalmente en Arequipa, aunque las tarifas para este tipo de cobertura son notablemente más elevadas.

El mercado para el seguro privado de enfermedad en Arequipa, al igual que en el Perú en general, ha aumentado en relación directa con el deterioro de los servicios del Ministerio de Salud y del IPSS en el sector público. Sin embargo, fuentes de compañías de seguro indican que las empresas más establecidas, de tamaño importante (entre ellas las empresas privadas y propiedad del estado), ya tienen pólizas de seguro privado de sistemas autofinanciados. Por tanto, se espera que el crecimiento de la cobertura del seguro resulte de una expansión del mercado a otros tipos de grupos (por ejemplo, depositantes bancarios), más que mediante la cobertura de nuevos grupos de empleadores.

De acuerdo con un ejecutivo de una compañía de seguros, se ha hablado de la posibilidad de introducir cambios a nivel nacional que harían optativos los aportes al seguro de enfermedad del IPSS, siempre y cuando las empresas que optan por abandonar el IPSS ofrezcan cobertura de seguro de enfermedad equivalente a través de otras fuentes (fuentes privadas). Comentó que, si ocurre este cambio, el mercado para el seguro privado de enfermedad aumentaría enormemente.

En las secciones siguientes se describen las características del seguro de enfermedad y los planes ofrecidos por dos grandes compañías que operan en Arequipa.

### 6.2.1. Compañías de seguros: Compañía Regional de Seguros, S.A. --"La Positiva"

La Positiva, fundada originalmente en Arequipa como compañía regional, ha crecido hasta convertirse en uno de los principales aseguradores del Perú. De acuerdo con funcionarios de la compañía, el 26 por ciento de la cobertura total

del seguro de enfermedad privado del Perú la proporciona La Positiva. Conforme a los funcionarios en la industria del seguro, La Positiva también ocupa el tercer lugar en el país entre las compañías de seguros en términos de sus ingresos generales por concepto de seguro. Los observadores en Arequipa comentan que la compañía ha tenido mucho éxito en mantener un equilibrio adecuado entre primas y pérdidas y en administrar sus fondos en períodos económicos difíciles.

La Positiva ha estado proporcionando seguro de enfermedad por unos ocho años. Hoy, el seguro de enfermedad representa más de la mitad de los ingresos totales de seguro de la compañía en su sede de Arequipa. La Positiva sólo proporciona pólizas directamente a los individuos o a negocios grandes y pequeños; la compañía no actúa como representante de servicios ni proporciona servicios administrativos o de gestión de reclamaciones para grupos autoasegurados.

Los funcionarios de la compañía estiman que proporcionan cobertura para unas 15.000 personas en Arequipa, incluidos 2.000 individuos abarcados en pólizas que no son de grupo, y unos 13.000 beneficiarios que pertenecen a planes de grupo patrocinados por negocios locales de diversa índole. La oficina de Arequipa también tramita una gran cantidad de cuentas de seguro de enfermedad en otras regiones adyacentes.

Los funcionarios de La Positiva declararon que tienen un sistema agresivo de estudio de reclamaciones que detecta con éxito reclamaciones fraudulentas o innecesarias y, por tanto, resulta en una tasa de denegación de reclamaciones bastante alta. La compañía utiliza auditores médicos para estudiar las reclamaciones buscando irregularidades, el uso de servicios innecesarios y servicios excluidos. Los funcionarios declararon que, con frecuencia, se rechazan reclamaciones hechas, por ejemplo, si se omiten los resultados de las pruebas o si no se justifican las conclusiones diagnósticas o los servicios presentados en las reclamaciones. Los funcionarios dijeron que el volumen de reclamaciones inadecuadas está estrechamente relacionado con el estado de crisis económica, ya que tanto los médicos como los pacientes tratan de beneficiarse de los recursos del seguro. Los costos también son controlados mediante pago conjunto y cantidades a deducir por los servicios. Por ejemplo, los funcionarios de la compañía declararon que sus pólizas que incluyen una cifra fija deducible por cada visita ambulatoria han logrado controlar la utilización innecesaria.

Un plan típico ofrecido a los negocios en Arequipa es el de que el negocio pague el 80 por ciento y el resto lo pague el empleado. La cobertura de servicios hospitalarios es típicamente del 80 al 90 por ciento de los cargos, con límites diarios establecidos en algunas pólizas. Las visitas ambulatorias llevan una cantidad deducible por visita y un 20 por ciento de pago conjunto.

Los funcionarios de La Positiva indicaron que han experimentado un crecimiento relativamente modesto, aproximadamente del 10 por ciento, en el número de personas aseguradas en el curso de los dos últimos años. La compañía indicó que no habían tenido un importante cliente comercial nuevo para el seguro de enfermedad en los últimos tres años. Sin embargo, los funcionarios de la compañía citaron el elevado crecimiento en la cantidad de reclamaciones a través del mismo período, de unas 700 reclamaciones por año a unas 1.400 por año. La razón principal para el crecimiento, dijeron, la constituía su nuevo sistema de

crédito ambulatorio, que incorpora acuerdos de reembolso directamente de La Positiva y grupos médicos y clínicas privadas en la ciudad. Estos acuerdos tienen por finalidad establecer tasas de reembolso por los servicios proporcionados a los asegurados de La Positiva. Este nuevo sistema sustituye al sistema de indemnización anterior en virtud del cual los individuos pagaban a los proveedores directamente los servicios cubiertos y, luego, eran reembolsados por La Positiva. Actualmente, La Positiva mantiene acuerdos de reembolso para los servicios en régimen de hospitalización con la Clínica Arequipa, con el Hospital San Juan de Dios y con las clínicas del servicio privado en el Hospital Honorio Delgado y en el Hospital Goyeneche. La Positiva mantiene acuerdos de servicios ambulatorios con varios grupos médicos y numerosos médicos privados.

Aunque La Positiva mantiene acuerdos de reembolso con los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche, los funcionarios de la compañía creen que prácticamente todos los pacientes asegurados privadamente prefieren otras instalaciones. Los funcionarios de la compañía declararon que la mayoría (99 por ciento) de los pacientes de la clase media asegurados en el sector privado no utilizan las instalaciones de Honorio Delgado debido a la mala imagen que ese hospital proyecta. En lo que respecta a los servicios de maternidad, la mayoría de las mujeres aseguradas por empresas privadas prefieren dar a luz en la Clínica Arequipa. Además, los médicos se quejan de que el Hospital Honorio Delgado es ineficiente debido a mala programación de la sala de operaciones, a permanencias en el hospital más largas y a una elevada incidencia de infecciones nosocomiales. Las infecciones son especialmente problemáticas para los recién nacidos en ese hospital. No se considera que el Hospital de Goyeneche sea una alternativa a la atención de salud asegurada por empresas privadas.

En lo que respecta al futuro del seguro privado de enfermedad, los funcionarios de La Positiva se mostraron decididamente optimistas. Una razón para su perspectiva es su creencia de que su línea de productos de seguro les va a permitir permanecer a la vanguardia de sus competidores y ampliar el mercado para el seguro de enfermedad. Por ejemplo, los funcionarios de la compañía citaron sus productos de seguro integral, combinando los beneficios de salud y otros beneficios, tales como el seguro de muerte y sepelio, en un solo conjunto. Han estado comercializando esta clase de productos combinados durante años. Ahora, otros aseguradores están iniciando productos similares.

Los funcionarios de la compañía describieron la excelente experiencia que han tenido ofreciendo seguro de enfermedad en Cuzco mediante un importante banco de ahorros mutuos que ha resultado en la cobertura de 24.000 personas en esa región. La Positiva asegura actualmente a los empleados de una importante institución de ahorros mutuos en Arequipa y considera que puede desarrollar una póliza similar para depositantes en esta ciudad, al igual que lo ha hecho en Cuzco. Los funcionarios de la compañía indicaron que pueden ofrecer primas notablemente más bajas para la cobertura de enfermedad a través de grupos de este tipo.

La Positiva se considera como una compañía capaz de crecer mediante el desarrollo creativo de pólizas de seguro atractivas y mediante la identificación de vehículos que puedan ofrecer seguro a un mayor número de personas.

### 6.2.2. Compañías de seguros: Asesores y Corredores de Seguros S.A. --"Inti"

El Inti es una compañía de seguros de tamaño mediano que proporciona servicios de seguro de salud además de otras líneas de actividades. El Inti proporciona cobertura en grupo para individuos y pequeñas empresas así como pólizas de grupo para negocios mayores. El Inti también actúa como agente y administrador de fondos de autoseguro establecidos por negocios para sus empleados. Ha estado proporcionando cobertura de grupo a individuos y negocios en Arequipa por unos diez años; la compañía ha servido de agente para planes de autoseguro por unos cinco años.

A través de su oficina en Arequipa, el Inti asegura a unos 7.000 individuos, incluidos 2.000 empleados y sus dependientes en la industria minera de la región, a un número adicional de 3.000 en la industria bancaria y a unos 2.000 entre diversas industrias en el área. Además, el Inti vende pólizas individuales y familiares a tarifas de grupo creando pequeños núcleos de cobertura que comprenden a pequeñas empresas y a individuos.

Los funcionarios del Inti están convencidos de que el papel de la compañía como agente y administrador de planes de seguro aumentará debido a las ventajas financieras del autoseguro para las empresas que establecen dichos planes. Además del hecho de que los recursos financieros de tales planes siguen bajo el control de la compañía autoasegurada, los funcionarios del Inti citaron un control creciente sobre el uso médico innecesario y la necesidad de ofrecer beneficios más amplios debido a costos de primas más bajos para la compañía asegurada, como razones para la probable expansión de esta forma de seguro de enfermedad privado en el futuro. De acuerdo con su experiencia, los planes de autoseguro tienden a ofrecer una cobertura más amplia debido a contratos laborales entre la gerencia y la mano de obra.

En su calidad de administrador de reclamaciones, el Inti afirma que tiene un decidido programa de control de costos que paga las reclamaciones dentro de los cinco días a partir de su recepción, debido a una economía inflacionaria, y que supervisa de cerca las reclamaciones utilizando analizadores.

El Inti afirma que ha experimentado un incremento de un 35 por ciento anual en el número de individuos (beneficiarios principales y dependientes) a los que proporciona seguro de enfermedad, bien mediante planes de grupo o planes de autoseguro. Funcionarios del Inti expresaron gran optimismo acerca de las posibilidades futuras para crecimiento en el mercado privado de seguro de enfermedad.

Sin embargo, el Inti está preocupado de que la infraestructura de la atención de salud en Arequipa, especialmente la atención asegurada por empresas privadas, es inadecuada para proporcionar una gama completa de servicios hospitalarios, para mantener costos razonables por los servicios y para absorber la creciente demanda de servicios privados. Los funcionarios del Inti citaron la extrema escasez de camas privadas de maternidad en Arequipa así como una falta general de instalaciones privadas para asistir a los pacientes asegurados por empresas privadas.

Los funcionarios del Inti manifestaron que, para los servicios de maternidad, la Clínica Arequipa tiene prácticamente toda la capacidad de camas de la ciudad y que el costo de sus servicios era especialmente elevado. Una razón que se citó para el costo elevado fue la proporción muy elevada (un 90%) de partos por cesárea entre los servicios de maternidad que asegura. El Inti manifestó que los servicios de maternidad son, en mucho, el componente mayor de sus reclamaciones pagadas. La proporción elevada de nacimientos por cesárea resulta en parte, en su opinión, de la falta de suficiente capacidad de camas y de la competencia entre los proveedores. Aunque hay otras dos clínicas privadas que proporcionan servicios de maternidad (Clínica Prado y Santa Elena), no se considera que sean de calidad comparable a la de la Clínica Arequipa, y una de ellas es igualmente costosa.

En relación a los servicios distintos de los de maternidad, los funcionarios del Inti citaron la falta de un hospital privado de alta calidad para proporcionar servicios hospitalarios generales. Aunque el Hospital Honorio Delgado del Ministerio de Salud tiene algunos servicios bien desarrollados --los mejores de la ciudad en algunas áreas clínicas-- la imagen pública del hospital es deficiente y pocos pacientes asegurados por empresas privadas cubiertos por el Inti van allí para servicios hospitalarios.

Los funcionarios del Inti dijeron que conocían uno o más grupos de médicos que estaban considerando la iniciación de una instalación nueva de servicios hospitalarios en la ciudad pero que habían sido incapaces de obtener el capital de iniciación o terrenos para emprender esa actividad.

### **6.2.3. Otros seguros: Los intermediarios financieros**

La rápida inflación ha creado dificultades para los proveedores de servicios a pacientes asegurados por empresas privadas. Las compañías de seguros que facturan a los médicos por sus servicios pueden tener que esperar semanas para la tramitación de los pagos. En intervalos cortos, la inflación erosiona el valor del reembolso del médico casi diariamente. Para resolver esta aguda crisis administrativa y fiscal de los médicos privados, al menos tres compañías de seguros han comenzado a proporcionar sus servicios como agentes de recuperación de reclamaciones. Una de ellas, Gonzalo García Bragagnini y Asociados, proporciona a los médicos privados participantes servicios de recuperación de reclamaciones pagándoles el equivalente al 25 por ciento del valor nominal de los cargos del médico.

García y Asociados, fundada hace dos años por un famoso médico de Arequipa, emplea a cinco individuos y ha captado una importante porción del mercado para este servicio en Arequipa. La compañía es administrada por sus miembros, los clientes médicos participantes.

García y Asociados también proporciona servicios de análisis de reclamaciones para compañías de seguro locales, entre ellas, el Inti y La Positiva. Este servicio requiere la utilización y el estudio fiscal de reclamaciones presentadas por los proveedores en relación con la necesidad médica y el costo. García y Asociados opera un sistema de información por computadora que permite procesar y resumir con rapidez las transacciones de reclamaciones para su rápida entrega a las compañías de seguros y planes de autoseguro.

Según fuentes de la compañía, el mercado de seguros en Arequipa está cambiando para reflejar la mayor demanda de la cobertura de indemnización, en vez del método de reembolso. En virtud del método de reembolso, el beneficiario paga directamente al proveedor la atención recibida y, luego, es reembolsado por la compañía de seguros u otro asegurador. De acuerdo con el plan de crédito ambulatorio, el pago por los servicios ambulatorios se efectúa en virtud de contratos directos entre el asegurador y el proveedor de los servicios, análogamente a la forma en que los servicios hospitalarios se reembolsan de acuerdo con muchos planes de seguros privados vigentes en Arequipa.

El crédito ambulatorio es más ventajoso para los empleadores y empleados debido a que los primeros han dejado de verse obligados a efectuar préstamos a los empleados para pagar los servicios. Sin embargo, el crédito ambulatorio tiene un riesgo mayor para el pagador debido al menor control sobre la utilización de los servicios ambulatorios.

El Dr. García dijo que consideraba que el crecimiento a corto plazo de los seguros en Arequipa provendría casi exclusivamente de la expansión del concepto de crédito ambulatorio. Su compañía está experimentando actualmente un rápido crecimiento en el volumen de reclamaciones debido a este cambio. En contraste, el Dr. García dijo que él creía que ninguna expansión del mercado ocurriría a través de las nuevas compañías que inician cobertura de seguros privados para sus empleados. Dijo que no conocía ninguna compañía de importancia que no tuviera ya instituido un plan de seguros privados de alguna clase.

#### **6.2.4. Descripción de los planes de seguros privados y de los costos**

Se obtuvo información de compañías individuales en Arequipa en relación con su patrocinio de planes privados de seguros de enfermedad para sus empleados. Se recopilaron datos sobre cobertura, características de los beneficios básicos y los costos. Además, se obtuvieron datos sobre los pagos de la compañía para la cobertura obligatoria del seguro de enfermedad del IPSS para los períodos correspondientes, a fin de compararlos con los costos de la cobertura del seguro privado. En esta sección se presentan los resultados de este componente del estudio.

Se obtuvo información relativamente completa sobre la cobertura y el costo de dos compañías: la Sociedad Eléctrica del Sur Oeste, S.A. (SEAL) y el SIDSUR. Se obtuvo información adicional sobre las primas de seguros privados abonadas por el Banco Popular del Perú en Arequipa, pero no se dispuso de información de esta fuente sobre los pagos al IPSS.

SEAL ofrece un programa de autoseguro que abarca a 770 empleados y 2.000 dependientes (véase el Cuadro 43). SIDSUR adquiere cobertura de La Positiva para sus 147 empleados y sus 271 dependientes (véase el Cuadro 44). La razón de dependientes de los empleados de SEAL y de SIDSUR fue de 2,6:1 y de 1,8:1, respectivamente.

**CUADRO 43**  
**IPSS Y PROGRAMAS DE SEGURO DE ENFERMEDAD FAMILIAR, SOCIEDAD ELECTRICA DEL SUR OESTE,**  
**S.A.(SEAL), AREQUIPA, 1990**

<b>COSTOS</b>	<b>COMPAÑIA</b>	80%
	<b>TRABAJADOR</b>	20%
<b>ELIGIBLES</b> (TODOS LOS TRABAJADORES TIENEN COBERTURA - - EMPLEADOS Y OBREROS	<b>TRABAJADORES</b>	770
	<b>CONYUGES, PADRES, HIJOS</b>	2.000
	<b>TOTAL</b>	2.770

Proporción entre dependientes y trabajadores = 2,6:1  
 Beneficios: Hospitalización, servicios ambulatorios, otros

<b>UTILIZACION, 8 MESES, 1990</b>	
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>QUIRURGIÁ</b>	80
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	60
<b>HOSPITALIZACIONES (TOTAL)</b>	140
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
<b>EN CLÍNICA</b>	8.093
<b>EN HOSPITAL</b>	26
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS (TOTAL)</b>	8.119

<b>PAGOS DE LA COMPAÑIA</b> (Ints actuales)			
	(1) COSTO EN IPSS <sup>1</sup>	(2) COSTO DE SEGURO DE ENFERMEDAD FAMILIAR	(3) PROPORCIÓN (1):(2)
<b>PAGOS (ENERO-AGOSTO, 1990)</b>	3.993.037.000	523.505.383	7,6:1
<b>COSTO/TRABAJADOR CADA MES<sup>2</sup></b>	848.125	84.984	--
<b>COSTO/BENE. CADA MES<sup>2</sup></b>	180.125	23.823	--

1. Solo la porción para seguro de enfermedad.  
 2. Trabajadores = 770; beneficiarios = 2.770

Fuente: Archivos de la compañía

**CUADRO 44**  
**IPSS Y COSTOS DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO, SIDSUR (COMPAÑIA), AREQUIPA;**  
**SEGURO PROPORCIONADO POR LA POSITIVA, AREQUIPA**

**ELIGIBLES: TODOS LOS TRABAJADORES TIENEN COBERTURA - EMPLEADOS Y OBREROS**

<b>TIPO</b>	<b>NÚMERO</b>
<b>TRABAJADORES</b>	147
<b>DEPENDIENTES</b>	271
<b>TOTAL</b>	418

Proporción entre dependientes y trabajadores = 1,8:1

<b>PAGOS DE LA COMPAÑIA</b> (Ints actuales)			
	(1) IPSS <sup>1</sup>	(2) LA POSITIVA	(3) PROPORCIÓN (1):(2)
<b>PAGOS (JULIO 1990)</b>	401.238.550	60.884.888	6,6:1
<b>COSTO/TRABAJADOR CADA MES<sup>2</sup></b>	2.729.513	414.182	--
<b>COSTO/BENE. CADA MES<sup>2</sup></b>	959.901	145.857	--

1. Solo la porción para seguro de enfermedad.  
 2. Trabajadores = 147; beneficiarios = 418.

Fuente: Archivos de la compañía

Ambos planes abarcan servicios ambulatorios y de hospitalización, aunque no se dispuso de detalles acerca de las diferencias en los servicios. Por esta razón, los costos de estos planes no pudieron compararse. Además, es probable que el costo relativo de estos planes privados de seguro de enfermedad sean diferentes sobre la base del empleado ya que uno es un plan de autoseguro y el otro un plan comercial.

Sin embargo, para cada plan se estimó el costo relativo al de la cobertura de salud del IPSS para los mismos empleados. Para el plan de SEAL, los aportes del seguro de enfermedad del IPSS fueron 7,6 veces más costosos en relación con el costo de la cobertura comercial del seguro en grupo proporcionada por La Positiva. Para el plan de SIDSUR, el costo del seguro de enfermedad del IPSS fue 6,6 veces más elevado en relación con el costo del plan de autoseguro de la compañía.

Los datos indican a primera vista que la cobertura privada puede ser relativamente económica en comparación con los costos actuales de las primas del seguro de enfermedad del IPSS, pero no está claro que eso sea lo que ocurre. Cabe reconocer que el seguro de enfermedad del IPSS proporciona atención totalmente gratuita, incluyendo los medicamentos, los dispositivos prostéticos y otros elementos, y los beneficiarios no tienen que hacer pagos conjuntos ni se les exige compartir los costos.

Tal como se advirtió antes, existe un uso generalizado del seguro privado de enfermedad por empleadores de mediana y gran dimensión, lo que indica que hay una demanda importante de cobertura entre los empleadores para la atención de más alta calidad o más rápida que la proporcionada por el IPSS. La participación en el IPSS es obligatoria y la compra del seguro privado de enfermedad no exime a los empleadores de continuar los aportes a este sistema. El costo que los empleados y las compañías están dispuestos a pagar para comprar una alternativa al sistema de provisión de servicios del IPSS indica que el IPSS no satisface plenamente la demanda de seguro de enfermedad entre las compañías que pueden financiar cobertura adicional a pesar del costo elevado de las primas del IPSS.

### **6.3 FARMACIAS PRIVADAS EN AREQUIPA**

El equipo de estudio realizó una encuesta informal de seis importantes farmacias en Arequipa para obtener información sobre la demanda, el suministro y el costo de los medicamentos.

Entre el 50 y 70 por ciento de todos los medicamentos recetables en las farmacias estudiadas fueron adquiridos sin receta del médico. La mayoría de los medicamentos más comunmente adquiridos son los antibióticos y los elementos terapéuticos químicos para diferentes tipos de infecciones. Entre éstos figuran la penicilina, megacilina y otros antibióticos. Le siguen en términos de volumen los analgésicos. Los medicamentos contra infecciones respiratorias también figuran entre los más comunmente vendidos.

Las farmacias encuestadas recibieron una lista de cuatro medicamentos recetables comunes y se les pidió que proporcionasen información sobre precios para estos medicamentos inmediatamente antes y después del "ajuste reciente".

Antes del ajuste, los precios de los medicamentos eran controlados por disposición gubernamental. De acuerdo con las nuevas políticas económicas del Gobierno Fujimori, los precios de los medicamentos eran después determinados por el mercado. Después del ajuste, las farmacias (al igual que otros establecimientos comerciales) no tenían precios de referencia sobre los que basar los precios descontrolados de los medicamentos. Por tanto, los aumentos de precio han sido exagerados, con un aumento en los precios del 300-800 por ciento. En el caso de otros productos, los precios establecidos inmediatamente después del ajuste han descendido posteriormente de forma sustancial a medida que los consumidores se han resistido a efectuar compras. Además, los productores y detallistas quizás hayan determinado que sus costos no iban a aumentar tanto como previeron originalmente.

Los medicamentos fabricados fuera del Perú experimentaron los incrementos más elevados del promedio debido a la política gubernamental de limitar las importaciones. Estos productos importados, de acuerdo con las farmacias, han aumentado en costo (el precio de la tabla oficial del gobierno) hasta en un 1.600 por ciento en comparación con los precios previos al ajuste.

Los precios de los medicamentos en el Perú son afectados también por los impuestos y por los márgenes en las ventas permitidos por el gobierno. CONAMID, a la que encarga el gobierno la distribución de los medicamentos genéricos, explicó la estructura de los precios. Se hace aplicando un impuesto general sobre las ventas del 14 por ciento por encima del costo de los medicamentos, estableciendo el costo básico de los medicamentos en la farmacia. Un representante de CONAMID dijo que, de acuerdo con el Colegio Químico Farmacéutico, el precio de venta al por menor para el consumidor se calcula con un margen del 35 por ciento para la farmacia. Sin embargo, en realidad, el margen real es de un 53 por ciento. Otras fuentes declaran que el margen oficial al por menor se supone que es del 24 por ciento. Las operaciones al por menor llevan un impuesto adicional sobre las ventas del 14 por ciento sobre el margen del detallista.

Con frecuencia, las farmacias no proporcionan recibos de venta a los clientes, permitiéndoles evitar el impuesto sobre el margen para estas ventas. Es probable que las ventas unitarias sean las más afectadas por esta práctica. Las farmacias venden medicamentos genéricos en cantidades y tipos limitados.

Las farmacias cargan de ordinario a los clientes por una consulta como parte del proceso de recomendar medicamentos a los pacientes sin receta. Algunas farmacias indican que están cargando I/.100.000 por concepto de "consultas". Las farmacias consideran que esta práctica pronto será aprobada por el Colegio Químico Farmacéutico. Así pues, puede preverse que el papel de la farmacia en la administración de medicamentos al público se amplíe para incluir servicios normalmente prestados por los médicos.

Las farmacias encuestadas declararon que la modalidad de financiación de los suministros varía con la situación económica en general. Antes del ajuste, durante un período de inflación galopante, los distribuidores se mostraron reacios a dar crédito a los compradores o, si se lo proporcionaban, lo hacían por breves períodos de tiempo (menos de una semana) a tasas compensatorias. Después del ajuste, las ventas son más lentas y las farmacias afirman que el crédito está

más disponible, aunque solo por cortos períodos de tiempo. Debido a los aumentos notables en los precios, los proveedores quizás necesiten proporcionar crédito más costoso para permitir a las farmacias reestablecer sus existencias.

#### **6.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA PROVISION POR EL SECTOR PRIVADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Arequipa tiene un sector privado activo y diverso, aunque no tenemos información detallada suficiente sobre su amplitud o los mecanismos de financiación para comprenderlo plenamente. Para aprovechar al máximo los recursos privados del sector salud, es importante recopilar información adicional sobre los tipos disponibles, los precios cobrados, las prácticas de exención de pagos, la capacidad de las empresas locales para aceptar contratos con el gobierno de instituciones de atención de la salud, etc.

Parece haber un pequeño mercado de seguros en Arequipa. La mayor parte de la expansión dependerá de la ampliación de los tipos de servicios ofrecidos, en vez de la ampliación de la población amparada.

El Gobierno de Arequipa puede promover la financiación de los servicios por el sector privado mediante terceras partes que paguen, o mediante arreglos de atención administrados, en dos formas: Primero, por el lado de la demanda, puede proporcionar asistencia técnica y préstamos a las pequeñas empresas para ayudarles a crear un fondo de riesgo viable y establecer un arreglo de pagos previos con un proveedor de servicios. Segundo, puede aumentar la oferta de los proveedores proporcionando crédito a las asociaciones de médicos que facilitan opciones de atención administrada a grupos de pacientes.

Y, lo que es más importante, tal como se indica en las conclusiones de la sección sobre el IPSS, el Instituto de Seguridad Social podría hacer arreglos directos con el sector privado para la provisión de atención a los beneficiarios. Deberá realizarse un estudio para determinar los costos relativos a la provisión directa por el IPSS frente a la financiación de la atención proporcionada por empresas privadas.

## 7.0 ENCUESTA DE HOGARES SOBRE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En las subsecciones siguientes se exponen los resultados de la encuesta de aproximadamente 600 hogares de Arequipa, que se realizó para obtener información básica sobre la utilización y las actitudes respecto a los proveedores de servicios de salud. Como ya se indicó al describir la metodología de la encuesta (Sección 2 de este informe), la encuesta se puede considerar como un esfuerzo preliminar para obtener información básica sobre el comportamiento de la población en lo que se refiere a la utilización del sector de la salud.

### 7.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

#### 7.1.1. Número de entrevistas realizadas

Tal como se indica en el Cuadro 45, de los 600 encuestados seleccionados 580 fueron entrevistados y la representación de cada estrato fue aproximadamente equivalente a la que se pretendió originalmente.

<b>CUADRO 45</b>				
<b>OBJETIVO, TAMAÑOS REALES DE LA MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE VIVIENDA POR ESTRATO RESIDENCIAL</b>				
	<b>ESTRATO RESIDENCIAL</b>			
	<b>INGRESO BAJO</b>	<b>INGRESO MEDIANO</b>	<b>INGRESO ALTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TAMAÑOS DE MUESTRA IDEAL</b>	300	240	60	600
<b>POR CIENTO DE LA FILA</b>	50	40	10	100
<b>TAMAÑO DE MUESTRA REAL</b>	302	220	58	580
<b>POR CIENTO DE LA FILA</b>	52	38	10	100
<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>				<b>POR CIENTO DE LA MUESTRA TOTAL</b>
<b>ALFABETISMO (%)</b>	84	99	98	91
<b>ESCOLARIDAD:</b>				
<b>PRIMARIA INCOMPLETA (%)</b>	25	6	5	16
<b>PRIMARIA COMPLETA (%)</b>	15	11	3	12
<b>UNIVERSITARIA INCOMPLETA O COMPLETA (%)</b>	9	44	54	27
<b>NUMERO DE HIJOS EN CASA:</b>				
<b>1-3 HIJOS (%)</b>	53	70	64	61
<b>5 O MAS HIJOS (%)</b>	29	11	12	20
<b>ACTIVIDAD ECONOMICA (18-64 AÑOS)</b>				
<b>ENTREVISTADO/A TRABAJA ACTUALMENTE (%)</b>	43	54	57	49
<b>ENTREVISTADO/A O ESPOSA/O TRABAJA ACTUALMENTE (%)</b>	63	49	46	56
<b>ENTREVISTADO/A Y ESPOSA/O TRABAJAN ACTUALMENTE (%)</b>	25	30	35	28
<b>ENTREVISTADO/A Y ESPOSA/O NO TRABAJAN ACTUALMENTE (%)</b>	8	7	9	8
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA</b>				
<b>SERVICIOS SANITARIOS:</b>				
<b>HOGAR TIENE AGUA Y DESAGUE (%)</b>	40	99	100	68
<b>HOGAR TIENE AGUA DE CAMIÓN CISTERNA/TANQUE (%)</b>	11	0	0	6
<b>HOGAR TIENE LETRINA SOLO (%)</b>	22	0	0	11
<b>POSESIONES:</b>				
<b>HOGAR ES PROPIA (%)</b>	82	71	71	77
<b>HOGAR TIENE REFRIGERADORA (%)</b>	33	78	90	56
<b>HOGAR TIENE TELEFONO (%)</b>	1	26	61	16
<b>HOGAR TIENE AUTOMOVIL/CAMIONETA/CAMIÓN (%)</b>	6	34	51	21

### 7.1.2. Características de la muestra y estratificación

Se hizo una comparación de características individuales y familiares en todos los estratos residenciales con miras a comprobar la importancia socioeconómica del método de estratificación elegido. Como se indica en el Cuadro 46, los individuos y hogares del Estrato 1 mostraron importantes diferencias en sus características en relación con las observadas en los otros dos estratos. Por ejemplo, los respondientes del primer estrato fueron más analfabetos, menos educados, tenían un tamaño de familia mayor y, en el caso de los individuos en edad de trabajar, fue menos probable que estuvieran empleados que sus contrapartidas de los otros dos estratos. En cuanto a las características de la vivienda, fue menos probable que los residentes del primer estrato tuvieran agua potable y conexiones sanitarias en sus viviendas que los residentes de los otros estratos. Por último, la posesión de frigoríficos, automóviles y teléfonos fue menos frecuente en el Estrato 1 que en los otros dos.

<b>CUADRO 46</b>				
<b>INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y USO DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD</b>				
	<b>ESTRATO RESIDENCIAL</b>			
	<b>INGRESO BAJO</b>	<b>INGRESO MEDIANO</b>	<b>INGRESO ALTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NÚMERO DE ENTREVISTAS</b>	302	221	60	581
<b>ENFERMEDADES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>	135	79	24	238
<b>POR CIENTO DE LA COLUMNA</b>	45	36	40	41
<b>USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LOS QUE INFORMARON ENFERMEDADES<sup>1</sup></b>				<b>POR CIENTO DE LA MUESTRA TOTAL</b>
<b>CURANDERO/PARTERA</b>	8	5	1	6
<b>AUTOMEDICACIÓN</b>	15	13	14	14
<b>FARMACIA PRIVADA</b>	5	11	8	13
<b>CENTRO DE SALUD (PÚBLICO)</b>	23	16	10	19
<b>HOSPITAL (PÚBLICO)</b>	15	13	10	14
<b>FACILIDAD (IPSS)</b>	11	21	20	15
<b>CONSULTORIO PRIVADO</b>	2	3	14	4
<b>MÉDICO PARTICULAR</b>	11	19	23	15
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100

1. Se refieren los por cientos a los casos en que se informó uso de un servicio.

Si bien las características anteriormente mencionadas difieren en grado significativo entre el Estrato 1 y los otros dos estratos, no se observaron diferencias significativas entre el segundo y el tercer estrato. Una posible explicación podría ser que, si bien el criterio utilizado en la estratificación fue el acertado para definir dos poblaciones distintas, es decir, el grupo de ingresos más bajos y el resto, no lo fue para distinguir entre los grupos de ingresos medianos e ingresos más altos. Otra explicación sería que los tres estratos de ingresos pudieron, efectivamente, haber sido distintos, pero las variables que se emplearon anteriormente para comparar estratos no fueron adecuadas para hacer distinción entre los estratos de ingresos medianos y más altos.

### 7.1.3. Tasa de morbilidad y utilización de los servicios de salud

En general, el 40 por ciento de los respondientes declararon un problema de salud durante el período de 12 meses anterior a la encuesta, con pequeñas variaciones entre los estratos (véase el Cuadro 46). A todos los respondientes que informaron una enfermedad (n=238) se les preguntó sobre cómo utilizaron los servicios de salud en esos casos de enfermedad, incluidos los proveedores tradicionales como, por ejemplo, los curanderos religiosos. Las modalidades de utilización de servicios y establecimientos fueron tabuladas por estrato residencial.

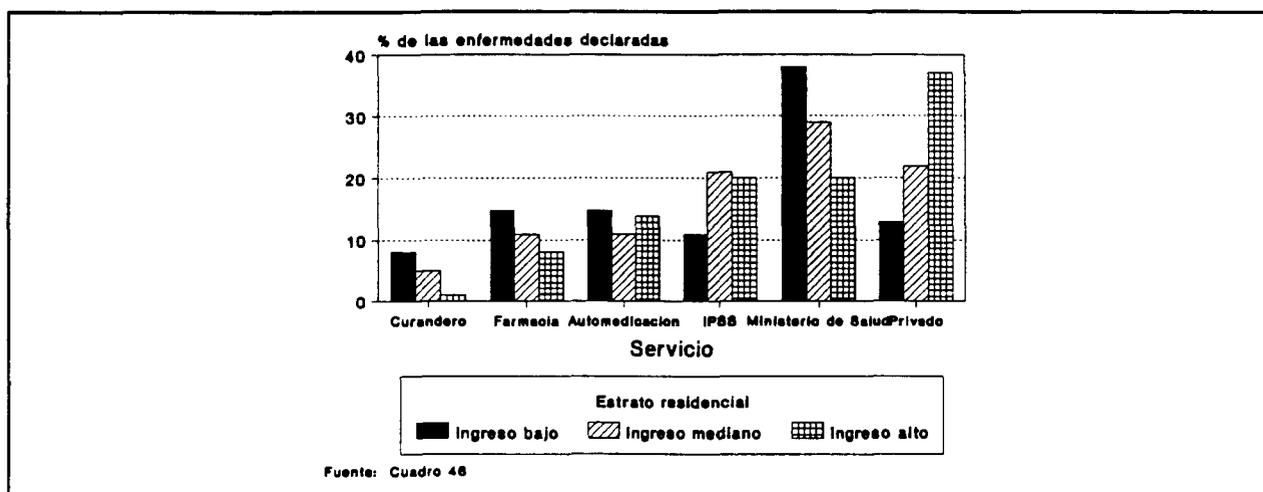
En el caso de otra encuesta de utilización de servicios de salud realizada en el Perú (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Perú, 1984), el 37 por ciento de los respondientes declararon uno o más problemas de salud durante el período de recordación de dos semanas, lo que equivale a 9,6 casos de enfermedad o accidentes por persona por año. En Colombia, El Salvador y la República Dominicana se han encontrado tasas análogas. La tasa mucho más baja registrada en Arequipa (un promedio de 0,5 casos de enfermedad o accidentes anuales por persona) podría atribuirse a la forma en que se formuló la pregunta sobre la frecuencia y, sobre todo, al hecho de que el cabeza de familia fue entrevistado en nombre de los otros miembros de la familia. En las otras encuestas a que se ha hecho referencia anteriormente, a cada miembro de la familia se le preguntó sobre su estado de salud y casos de enfermedad.

Se observaron diferencias significativas de utilización de establecimientos y servicios entre los respondientes que residían en los tres estratos de la población. Aun cuando los curanderos tradicionales o religiosos fueron los proveedores menos utilizados entre todos los grupos, su utilización fue inversamente proporcional al ingreso.

Una mayor proporción (el 50 por ciento) de los residentes del Estrato 1 utilizaron los servicios de farmacias del sector privado en comparación con los residentes del Estrato 2 (34 por ciento) y el Estrato 3 (25 por ciento). Esta diferencia muestra los problemas de suministros de productos farmacéuticos que existen entre los residentes del Estrato 1, que en mayor número van probablemente a utilizar los servicios del Ministerio de Salud (centros de salud y hospitales) en donde existe escasez de productos farmacéuticos. Como sugieren otros datos episódicos citados en el presente estudio, los usuarios de servicios de salud del Ministerio de ingresos más bajos satisfacen su demanda de suministros farmacéuticos a través de las farmacias privadas, mientras que los residentes del Estrato 2 y el Estrato 3 van lo más probable a obtener sus medicamentos en consultorios médicos particulares, establecimientos del IPSS o clínicas privadas.

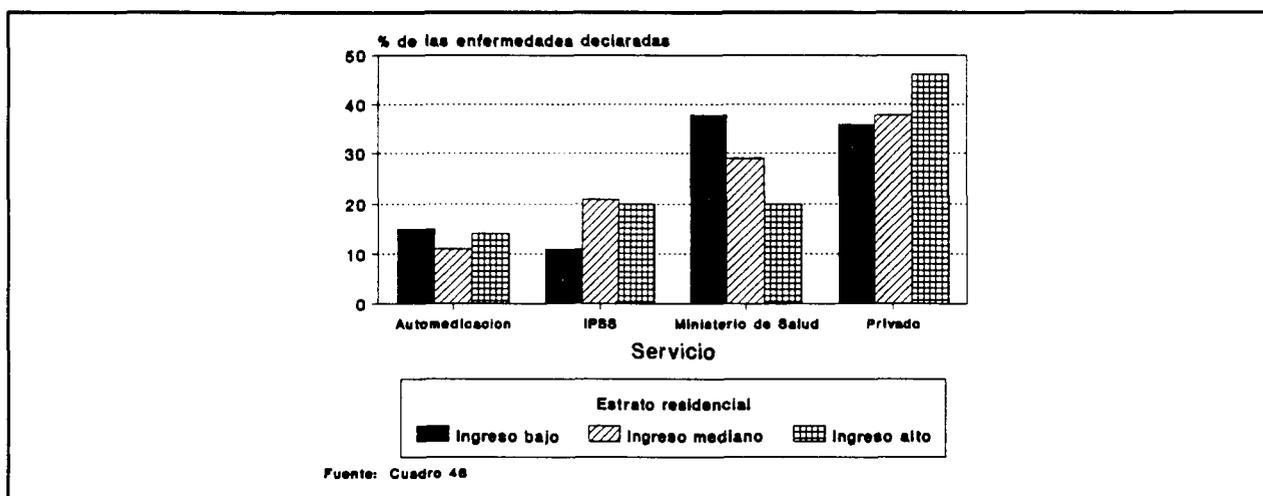
En el Cuadro 47 se ofrecen los datos en forma relativamente resumida, ordenados en función de la utilización creciente por parte del estrato de ingresos más altos. Los servicios del Ministerio de Salud (hospitales o clínicas) son los que con mayor frecuencia utilizan todos los grupos, salvo por el grupo más pudiente, y el Ministerio de Salud atiende a una proporción relativamente mayor del estrato pobre en comparación con los estratos de ingresos medianos y más altos. Lo contrario se puede decir del IPSS; aun así el Ministerio de Salud tiene al menos una probabilidad igual que el IPSS de ser elegido por los dos grupos de ingresos más altos.

**CUADRO 47**  
**USO DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCION DE SALUD POR GRUPO DE INGRESOS**



Si la definición de sector privado se tomara en su acepción más amplia que incluye a curanderos tradicionales, farmacias privadas y médicos particulares, el gráfico sería completamente diferente. La figura siguiente (véase el Cuadro 48) indica con mayor claridad la diferencia entre la utilización de los servicios públicos y privados de todo tipo. En este caso, los individuos de ingresos más bajos y medianos van con casi la misma probabilidad a recibir atención médica privada que los individuos de ingresos más altos. También en este caso, la utilización de los servicios del IPSS es mayor entre los hogares de ingresos medianos y más altos, y los establecimientos del Ministerio de Salud son más utilizados por los hogares de ingresos más bajos.

**CUADRO 48**  
**USO DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCION DE SALUD,**  
**CON TODOS LOS SERVICIOS PRIVADOS COMBINADOS EN UNA CATEGORIA**



#### 7.1.4. Pago en efectivo de los servicios de salud

A fin de determinar la disposición de los usuarios a pagar parte o todo el costo de los servicios de salud, en la encuesta se preguntó a todos los respondientes si solían pagar los servicios de salud. A los respondientes que

habían declarado un problema de salud en el año anterior que obtuvieron atención médica se les preguntó también si habían pagado por ella y, en caso afirmativo, qué parte del precio total cobrado por el proveedor habían pagado (véase el Cuadro 49). No se trató de determinar las cuantías reales pagadas por los servicios, debido a que la situación inflacionaria impedía hacer comparaciones directas incluso en plazos de tiempo muy cortos.

<b>CUADRO 49</b>				
<b>EXPERIENCIA CON EL PAGO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD POR TODOS LOS ENCUESTADOS Y POR AQUELLOS ENCUESTADOS CON UN PROBLEMA DE SALUD RECIENTE POR ESTRATO RESIDENCIAL</b>				
	<b>ESTRATO RESIDENCIAL</b>			
	<b>INGRESO BAJO</b>	<b>INGRESO MEDIANO</b>	<b>INGRESO ALTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUESTRA COMPLETA: SOLIAN PAGAR LOS SERVICIOS DE SALUD (%)</b>	<b>84</b>	<b>87</b>	<b>79</b>	<b>85</b>
<b>MUESTRA COMPLETA: LOS QUE INFORMARON UN PROBLEMA DE SALUD Y OBTUVIERON ATENCIÓN MÉDICA QUE PAGARON (%)</b>	<b>90</b>	<b>86</b>	<b>75</b>	<b>87</b>
<b>ENFERMEDADES: PAGARON TODO EL IMPORTE DE LOS SERVICIOS (% DE LOS QUE PAGARON)</b>	<b>65</b>	<b>74</b>	<b>67</b>	<b>68</b>
<b>ENFERMEDADES: PAGARON PARTE DEL IMPORTE DE LOS SERVICIOS (% DE LOS QUE PAGARON)</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>32</b>

El 85 por ciento de todos los respondientes dijeron que solían pagar los servicios de salud (primera línea) y casi otro tanto de los que informaron un problema de salud y obtuvieron atención médica indicaron que pagaron (segunda línea).

Cuando se les preguntó qué parte de los gastos habían efectivamente pagado con dinero de su bolsillo por la utilización reciente de servicios de salud, los respondientes de los tres estratos dieron respuestas similares. Entre el 65 y el 75 por ciento de los respondientes indicaron que habían pagado todo el importe de los servicios. Del 26 al 35 por ciento dijeron que habían pagado parte del importe.

Estos datos sobre las expectativas y la experiencia de los respondientes respecto al pago de los servicios es una prueba evidente de que los respondientes están acostumbrados a compartir el costo, aunque sólo sea en una proporción modesta, y que esta repartición del costo es una forma prevista y generalmente aceptada de participación financiera en los servicios de salud en todos los estratos socioeconómicos. Estos resultados están de acuerdo con los datos episódicos que se han mencionado en otra parte del presente estudio.

#### 7.1.5. Situación de todos los miembros de familia respecto al seguro de enfermedad

Como se ha mencionado anteriormente, un importante objetivo de la encuesta de hogares fue determinar la tasa de cobertura del seguro de enfermedad entre los residentes de Arequipa. Como aparece en el Cuadro 50, casi la mitad (el 45 por ciento) de todas las personas que fueron entrevistadas (n=580) dijeron que no tenían seguro de ninguna clase, mientras que el 39 por ciento respondió que tenían sólo cobertura del IPSS y el 16 por ciento de todas las personas entrevistadas dijeron que tenían un seguro médico privado y el seguro del IPSS.

<b>CUADRO 50</b>				
<b>ESTADO DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, POR ESTRATO RESIDENCIAL</b>				
<b>ESTADO DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO</b>	<b>ESTRATO RESIDENCIAL</b>			
	<b>INGRESO BAJO</b>	<b>INGRESO MEDIANO</b>	<b>INGRESO ALTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO SEGURO (% DE LA COLUMNA)</b>	<b>184 [61]</b>	<b>64 [29]</b>	<b>16 [27]</b>	<b>261 [45]</b>
<b>IPSS SOLO (% DE LA COLUMNA)</b>	<b>84 [28]</b>	<b>110 [50]</b>	<b>31 [53]</b>	<b>226 [39]</b>
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO (% DE LA COLUMNA)</b>	<b>33 [11]</b>	<b>46 [21]</b>	<b>12 [20]</b>	<b>93 [16]</b>
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>220</b>	<b>59</b>	<b>580</b>

La proporción de individuos que indicaron alguna cobertura de seguro es mayor de lo que podía haberse esperado. Por ejemplo, las estimaciones publicadas de cobertura del IPSS indican que la cobertura de la población es de alrededor del 20 por ciento o menor. Como se ha señalado anteriormente, sin embargo, la administración regional del IPSS ubicada en Arequipa estima tasas de cobertura mucho mayores. De forma análoga, las cifras de cobertura obtenidas de compañías de seguros locales indican que aproximadamente el cinco por ciento de la población de la región tiene un seguro médico privado.

La discrepancia que existe entre la encuesta y las otras estimaciones indicadas podría deberse a varios factores. En primer lugar, la encuesta se realizó en un medio completamente urbano en donde las concentraciones de individuos empleadas en el sector formal de la economía son muy altas en comparación con la norma para todo el Perú. Las entrevistas se realizaron en las zonas residenciales, lo que tendería a influir la selección de los entrevistados en favor de los ingresos más altos y una cobertura de seguro médico mayor.

En segundo lugar, los datos correspondientes a todos los respondientes no están ponderados y, por lo tanto, no reflejan con exactitud la verdadera combinación socioeconómica de la región. Los resultados por estrato (véase el Cuadro 50) están mucho más de acuerdo con las expectativas del equipo del estudio que se basaron en otras fuentes de datos. Casi las dos terceras partes de los residentes del Estrato 1 dijeron que no tenían seguro de ninguna clase. Se observó que las tasas de cobertura del Estrato 1 fueron equivalentes a la mitad de las tasas de cobertura indicadas por los respondientes de los Estratos 2 y 3. Asimismo, la cobertura del IPSS correspondiente al Estrato 1 (el 28 por ciento) están más de acuerdo con otras estimaciones independientes.

De acuerdo con los datos, aproximadamente el 10 por ciento de los respondientes del Estrato 1 entrevistados declararon que tenían un tipo de seguro médico privado en comparación con el 20 por ciento de los respondientes en los Estratos 2 y 3.

#### **7.1.6. Elección del proveedor de atención médica de acuerdo con el estado del beneficiario del seguro de enfermedad**

Esta subsección se centra en el tipo de proveedor de asistencia médica que utilizan aquellos individuos que declararon un problema de salud durante el año anterior y obtuvieron asistencia médica. Se refiere a las respuestas de las preguntas 39, 56, 70 y 84 en el cuestionario (véase apéndice B). Respuestas múltiples son posibles. Las estadísticas en esta sección no son comparables con

Las estadísticas de enfermedades recientes reportadas en el Cuadro 46. De acuerdo con el resto del informe, los proveedores de asistencia médica se han clasificado en tres categorías, a saber, los proveedores del Ministerio de Salud (incluidos los hospitales y los centros de salud), los proveedores del IPSS y los proveedores particulares. El Cuadro 51 cuenta cuantas veces cada tipo de proveedor fue citado según el tipo de servicio, el estrato residencial y la afiliación de seguro médico en el año anterior, según la encuesta de hogares. Por un caso se entiende al menos una visita al proveedor. En adelante el término "usuario" se empleará para referirse a un caso de utilización. En general, (a la derecha de la última línea del cuadro), se registraron 391 casos, de los cuales 250 tuvieron lugar en establecimientos del Ministerio de Salud, 113 en establecimientos del IPSS y 28 con proveedores privados.

<b>CUADRO 51</b>						
<b>SELECCION DEL TIPO DE PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES</b>						
(números indican casos en que se informaron uso de servicios)						
	<b>TIPO DE SERVICIO</b>					
	<b>(1)</b> CENTRO DE SALUD (PÚBLICO)	<b>(2)</b> HOSPITAL PÚBLICO	<b>(3)</b> FACILIDAD PÚBLICA 1 + 2	<b>(4)</b> FACILIDAD DEL IPSS	<b>(5)</b> PROV. PRIVADO	<b>(6)</b> TOTAL 3 + 4 + 5
<b>ESTRATO 1</b>						
No SEGUROS	75	51	126	15	7	148
IPSS SOLO	18	10	27	26	2	55
IPSS Y SEGURO PRIVADO	10	5	16	8	2	25
<b>TOTAL DEL ESTRATO 1</b>	<b>103</b>	<b>66</b>	<b>169</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>229</b>
<b>ESTRATO 2</b>						
No SEGUROS	16	18	34	8	2	44
IPSS SOLO	17	10	27	37	3	67
IPSS Y SEGURO PRIVADO	4	2	6	5	2	13
<b>TOTAL DEL ESTRATO 2</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>67</b>	<b>50</b>	<b>7</b>	<b>124</b>
<b>ESTRATO 3</b>						
No SEGUROS	4	4	8	2	4	14
IPSS SOLO	2	3	5	10	2	17
IPSS Y SEGURO PRIVADO	1	0	1	2	4	7
<b>TOTAL DEL ESTRATO 3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>38</b>
<b>TODOS LOS ESTRADOS</b>						
No SEGUROS	95	73	168	25	13	206
IPSS SOLO	37	23	59	73	7	139
IPSS Y SEGURO PRIVADO	15	7	23	15	8	45
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>103</b>	<b>250</b>	<b>113</b>	<b>28</b>	<b>391</b>

Alrededor del 59 por ciento (229) del total de casos correspondieron a los residentes del Estrato 1, mientras que el 32 por ciento (124) y el 9 por ciento (38) se atribuyeron a los residentes de los Estratos 2 y 3, respectivamente. Estos porcentajes guardan estrecha relación con la distribución de los respondientes por estratos (véase el Cuadro 45). El número total de casos en el Estrato 3 fue lo suficientemente pequeño como para señalar que las tendencias indicadas podrían ser una pobre aproximación de la distribución real de las visitas en la población de ingresos más elevados.

El estado de beneficiario del seguro de enfermedad de los usuarios, por tipo de proveedor de asistencia médica, se representa en el Cuadro 52. En general, (para todos los estratos), el 53 por ciento de todos los usuarios no tenía ningún seguro; el 48 por ciento tenía cobertura del IPSS; el 36 por ciento, únicamente cobertura del IPSS, y el 12 por ciento tenía tanto cobertura del IPSS como de un seguro médico privado. Como se había previsto, todos estos porcentajes son similares a los registrados en el Cuadro 50 para todos los respondientes y lo mismo se aplica a cada uno de los estratos.

<b>CUADRO 52</b>						
<b>SELECCION DEL TIPO DE PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES</b>						
(por ciento por tipo de servicio, basado en Cuadro 51)						
	<b>TIPO DE SERVICIO</b>					
	<b>(1)</b> CENTRO DE SALUD (PÚBLICO)	<b>(2)</b> HOSPITAL PÚBLICO	<b>(3)</b> FACILIDAD PÚBLICA 1 + 2	<b>(4)</b> FACILIDAD DEL IPSS	<b>(5)</b> PROV. PRIVADO	<b>(6)</b> TOTAL 3 + 4 + 5
<b>ESTRATO 1</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	73	77	75	31	64	65
<b>IPSS SOLO</b>	17	15	16	53	18	24
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	10	8	9	16	18	11
<b>TOTAL DEL ESTRATO 1</b>	100	100	100	100	100	100
<b>ESTRATO 2</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	43	60	51	16	29	35
<b>IPSS SOLO</b>	46	33	40	74	43	54
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	11	7	9	10	28	11
<b>TOTAL DEL ESTRATO 2</b>	100	100	100	100	100	100
<b>ESTRATO 3</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	57	57	57	14	40	37
<b>IPSS SOLO</b>	29	43	36	72	20	45
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	14	0	7	14	40	18
<b>TOTAL DEL ESTRATO 3</b>	100	100	100	100	100	100
<b>TODOS LOS ESTRATOS</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	65	71	67	22	47	53
<b>IPSS SOLO</b>	25	22	24	65	25	36
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	10	7	9	13	28	12
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100

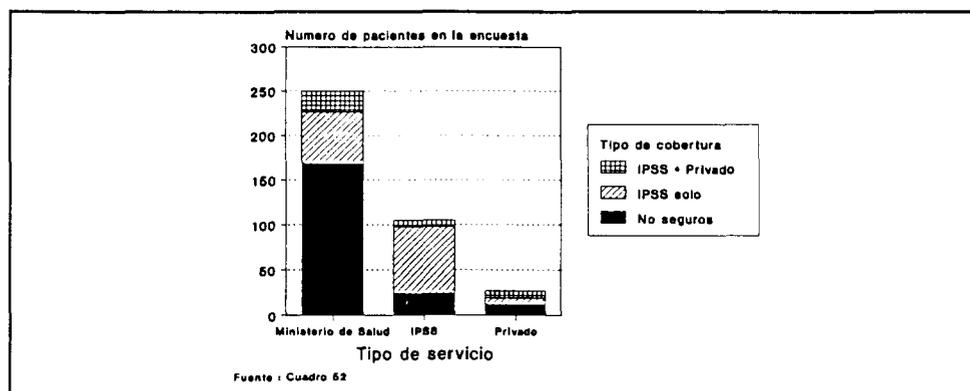
En los tres estratos, la mayor parte de los usuarios del Ministerio de Salud fueron individuos sin seguro, o sea, según aparece al pie del cuadro, dos terceras partes (el 67 por ciento) de todos los usuarios del Ministerio de Salud (Columna 3) no tenía ninguna cobertura de seguro; el 33 por ciento (el 24 por ciento más el 9 por ciento) de todos los usuarios del Ministerio de Salud tenían cobertura del IPSS, y una pequeña proporción (el 9 por ciento) de todos los usuarios del Ministerio de Salud tenía seguro privado.

En general, más de una quinta parte (el 22 por ciento) de todos los usuarios del IPSS no eran beneficiarios del IPSS, situación más bien anómala. Al compararse con resultados de estudios análogos realizados en otros países latinoamericanos, este resultado no es sorprendente: En El Salvador (Bitran,

1990), el 21 por ciento de todos los usuarios de la seguridad social no tenían ninguna cobertura de la seguridad social; en Santo Domingo, República Dominicana, (Bitran, 1990), la cifra equivalente fue del 31,4 por ciento. Convendría que las autoridades de Arequipa investigaran en qué circunstancias los individuos que no tienen derecho al seguro del IPSS obtienen servicios de asistencia médica del mismo.

Más del 70 por ciento (el 47 por ciento más el 25 por ciento) de todos los usuarios de proveedores privados no tenían seguro privado, un resultado equivalente a los resultados de los estudios de El Salvador y la República Dominicana anteriormente citados. Así, pues, aunque el sector privado desempeña, al parecer, un pequeño papel como proveedor (véase el comentario a este respecto que se ofrece más adelante), una mayoría de los usuarios del sector privado no están asegurados. El Estrato 1 casi no usa proveedores privados (solo cinco por ciento los usan), pero el 82 por ciento de la clientela de proveedores privados el el Estrato 1 no tienen cobertura del seguro. En general y para los tres estratos, la situación de beneficiario de seguro de enfermedad por tipo de proveedor refleja más o menos la situación de los individuos respecto al seguro de enfermedad que figuran en el Cuadro 49.

**CUADRO 53**  
**NUMEROS RELATIVOS Y COMPOSICION DE LA CLIENTELA DE LA INSTALACION,**  
**POR COBERTURA DEL SEGURO**



El Cuadro 53 indica las cifras y composición relativas a la clientela de los establecimientos por cobertura de seguro. Entre los que recurren al sector privado en busca de asistencia médica, alrededor de una cuarta parte tienen cobertura del IPSS y de un seguro médico privado; otra cuarta parte tiene sólo cobertura del IPSS, y el resto no tiene ningún seguro. Entre los usuarios del IPSS, la mayoría son beneficiarios del IPSS; sin embargo, como se ha indicado anteriormente, un número importante de usuarios del IPSS no tiene ninguna cobertura. Por último, entre los usuarios de los establecimientos del Ministerio de Salud, más de una tercera parte de los individuos se declaran ser beneficiarios del IPSS.

La elección del proveedor dentro de cada grupo de beneficiarios de seguro de enfermedad, por estrato, se estudia en el Cuadro 54. Este cuadro, al igual que el Cuadro 52, se ha elaborado basándose en los datos del Cuadro 51, salvo que en este caso los porcentajes se calculan en líneas. En general, (véase la sección

correspondiente del cuadro al pie), el Ministerio de Salud representa alrededor de las dos terceras partes (el 64 por ciento) de todos los usuarios; el IPSS, el 29 por ciento, y el sector privado, únicamente el 7 por ciento. Estos resultados están en marcado contraste con los resultados obtenidos en los otros dos países latinoamericanos a que se hizo referencia anteriormente. Tanto en El Salvador como en Santo Domingo, República Dominicana, el sector privado representó más del 50 por ciento de todos los usuarios.

<b>CUADRO 54</b>						
<b>SELECCION DEL PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD POR ESTRATO RESIDENCIAL Y POR TIPO DE AFILIACION DE SEGURO MEDICO, SEGUN ENCUESTA DE HOGARES</b>						
(por ciento por estado del beneficiario, basado en Cuadro 51)						
	<b>TIPO DE SERVICIO</b>					
	<b>(1)</b> CENTRO DE SALUD PÚBLICO	<b>(2)</b> HOSPITAL PÚBLICO	<b>(3)</b> FACILIDAD PÚBLICA 1 + 2	<b>(4)</b> FACILIDAD DEL IPSS	<b>(5)</b> PROV. PRIVADO	<b>(6)</b> TOTAL 3 + 4 + 5
<b>ESTRATO 1</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	51	34	85	10	5	100
<b>IPSS SOLO</b>	32	18	50	47	4	100
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	41	21	61	31	8	100
<b>TOTAL DEL ESTRATO 1</b>	45	29	74	21	5	100
<b>ESTRATO 2</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	36	41	77	18	5	100
<b>IPSS SOLO</b>	25	15	40	55	4	100
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	31	16	47	38	15	100
<b>TOTAL DEL ESTRATO 2</b>	30	24	54	40	6	100
<b>ESTRATO 3</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	29	29	57	14	29	100
<b>IPSS SOLO</b>	12	18	29	59	12	100
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	14	0	14	28	58	100
<b>TOTAL DEL ESTRATO 3</b>	18	18	37	37	26	100
<b>TODOS LOS ESTRATOS</b>						
<b>NO SEGUROS</b>	46	35	81	12	6	100
<b>IPSS SOLO</b>	26	16	43	52	5	100
<b>IPSS Y SEGURO PRIVADO</b>	34	16	50	33	17	100
<b>TOTAL</b>	38	28	64	29	7	100

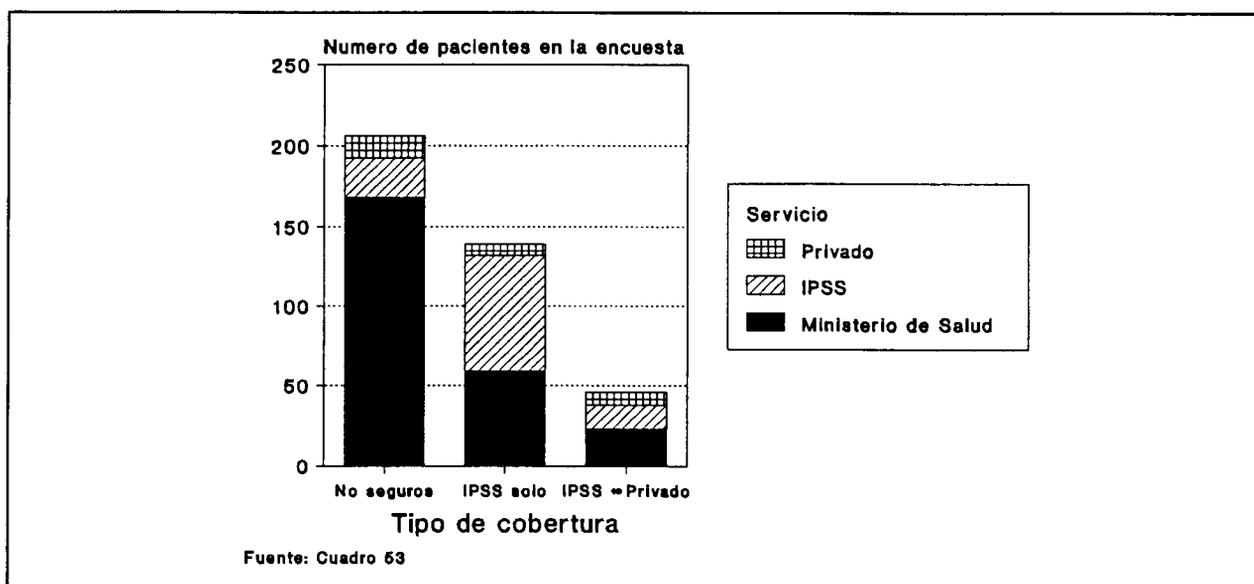
Como se indica al pie del Cuadro 54, los individuos no asegurados iban muy probablemente (el 81 por ciento) a utilizar los servicios del Ministerio de Salud y únicamente algunos de ellos (el 6 por ciento) utilizaron servicios médicos del sector privado.

También en este caso, una representación gráfica ilustra con mayor claridad estos puntos. En el Cuadro 55 aparece la distribución de pacientes entre los distintos proveedores de acuerdo con la cobertura de seguro. Un hallazgo interesante es que entre los beneficiarios del IPSS tan sólo el 50 por ciento eligieron los servicios del IPSS, en tanto que el 43 por ciento acudieron a establecimientos del Ministerio de Salud para obtener asistencia médica. Este resultado podría atribuirse a que los establecimientos del IPSS están sobrecargados y a que, si bien en teoría un porcentaje relativamente grande de

la población ha tenido derecho a los servicios del IPSS, en la práctica sólo alrededor del 50 por ciento de ellos lo encuentran conveniente para utilizar los servicios médicos del IPSS. Por consiguiente, hasta cierto punto, parece que la expansión de la cobertura del IPSS que tuvo lugar durante los últimos años ha ayudado poco a una gran parte de los presuntos beneficiarios.

Por último, es interesante observar que la mitad (el 50 por ciento) de los individuos que declararon tener seguro médico y cobertura del IPSS utilizaron los servicios del Ministerio de Salud y menos de una quinta parte (el 17 por ciento) de ellos utilizaron fuentes privadas de servicios médicos. Una explicación parcial de este fenómeno es que, en muchos casos, parece que el seguro privado no cubre el cuidado ambulatorio. Adicionalmente, IPSS no ofrece cobertura total a los esposos e hijos.

**CUADRO 55**  
**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES A TRAVES DE LOS PROVEEDORES DE ACUERDO CON LA COBERTURA DEL SEGURO DE LOS PACIENTES**

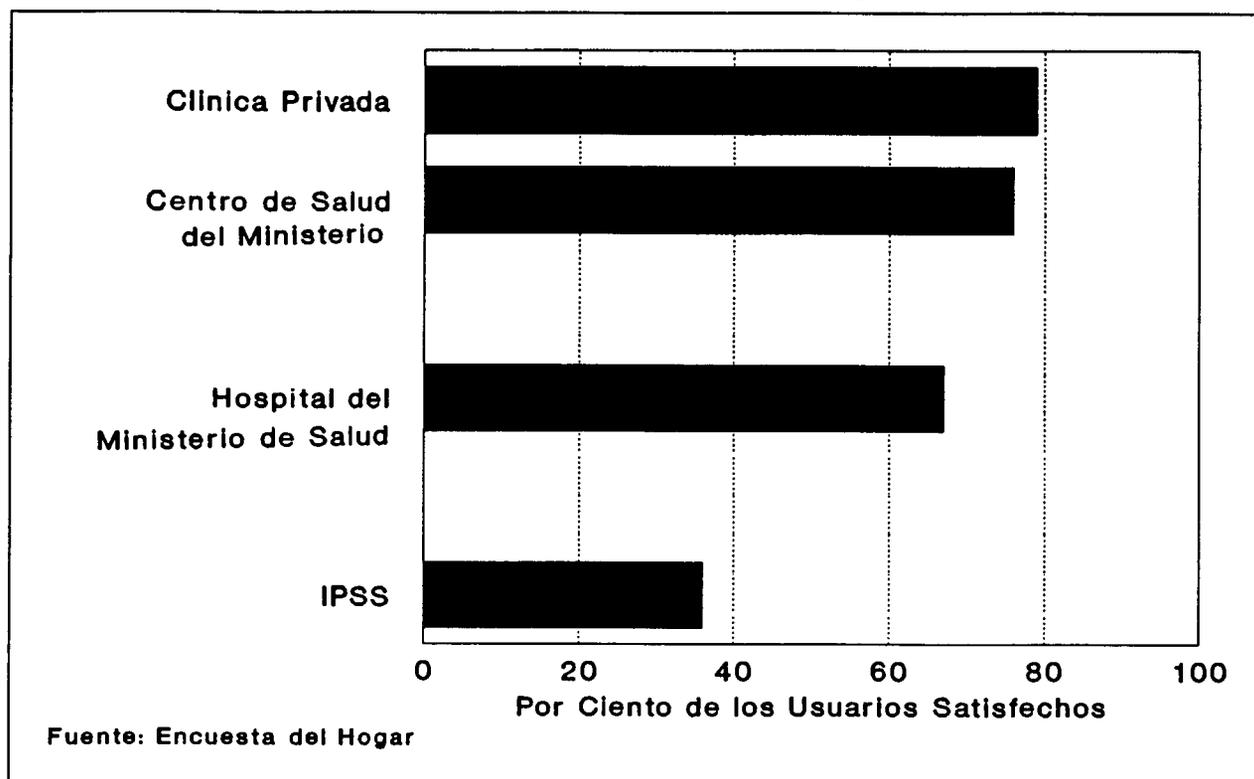


### 7.1.7. Satisfacción de los usuarios con los servicios obtenidos

El nivel general de satisfacción (la pregunta del cuestionario dice "en terminos generales, quedo satisfecho con la atención recibida?") con los servicios recibidos fue muy alto entre los usuarios de centros de salud del Ministerio y las clínicas privadas (el 76 por ciento y el 79 por ciento, respectivamente). Los usuarios de hospitales del Ministerio de Salud declararon una satisfacción general relativamente menor (el 67 por ciento) con la asistencia recibida. La satisfacción general con los servicios del IPSS fue la más baja (el 36 por ciento). Véase el Cuadro 56.

Los usuarios de los centros de salud del Ministerio fueron los que estuvieron más constantemente satisfechos con los servicios. La satisfacción de los usuarios con los centros de salud del Ministerio fue equivalente a la satisfacción de los usuarios con los servicios de las clínicas privadas, aunque

**CUADRO 56**  
**SATISFACCION GENERAL CON LOS PROVEEDORES UTILIZADOS DURANTE EL**  
**ULTIMO AÑO SEGUN ENCUESTA DE HOGARES**



Los tipos de servicios recibidos de cada uno de estos tipos de establecimientos podrían haber sido muy diferentes. Las principales excepciones a este respecto ocurrieron en la disponibilidad de suministros, material y medicamentos, de los que parece haber una escasez en los centros de salud del Ministerio de Salud. A este respecto, los establecimientos privados registraron mucho mayores niveles de satisfacción.

## 7.2 CONCLUSIONES SOBRE LA ENCUESTA DE HOGARES

Una gran proporción de los entrevistados dijeron que ellos solían pagar los servicios de salud recibidos en establecimientos tanto públicos como privados. Esto fue confirmado por la alta proporción (el 87 por ciento) de los usuarios entrevistados de los tres estratos que declararon pagar por los servicios de salud. Por consiguiente, la aceptación pública del pago por los servicios de salud es un hecho bien establecido. Dado que muy por encima de las dos terceras partes de aquellos individuos con un caso reciente de enfermedad pagaron todo el costo y que dos terceras partes de los que utilizaron una organización proveedora oficial declararon haber utilizado un establecimiento del Ministerio de Salud, debe haber una alta incidencia de gastos en efectivo en relación con las visitas al sector privado. La implantación oficial de tarifas al usuario en los establecimientos del Ministerio de Salud no constituirá, por tanto, una desviación de la práctica actual. Un perfeccionamiento adicional del sistema de tarifas en los establecimientos del Ministerio de Salud podría mejorar la

eficiencia del sistema de recuperación de costos, así como su equidad. Ello exige un análisis del sistema de tarifas existente, un estudio de los costos de los establecimientos de salud y un conocimiento de la demanda de servicios de salud por parte de la población.

Las altas cifras sobre la cobertura del IPSS declaradas por su oficina regional en Arequipa fueron corroboradas por los resultados de la encuesta. La cobertura del IPSS, sin embargo, fue mucho más alta en los estratos de ingresos medianos y más altos (alrededor del 70 por ciento) que en el grupo de ingresos más bajos (alrededor del 40 por ciento), aunque una cobertura del 40 por ciento en el estrato de bajos ingresos es alta. La discrepancia observada en la cobertura entre los estratos podría indicar que los individuos de ingresos más bajos van con menos probabilidad a estar empleados en el sector formal, lo que pone de manifiesto que la cobertura del IPSS en las zonas urbanas de Arequipa podría ser mucho más alta que la de las zonas rurales en donde el empleo en el sector formal es menos predominante, así como el hecho de que una importante cuestión de política es si existen formas de ampliar la cobertura de dichas poblaciones o si las mismas están ya bien atendidas por otras instituciones.

A pesar de las altas tasas de cobertura del IPSS observadas, más del 50 por ciento de los beneficiarios del IPSS que obtuvieron servicios médicos durante el período de referencia de la encuesta eligieron establecimientos que no eran del IPSS. En su mayor parte acudieron a los establecimientos del Ministerio de Salud. Esta tendencia podría ser una cuestión de preferencia o bien podría indicar que sólo una parte de los individuos que declaran cobertura del IPSS pueden realmente beneficiarse de los servicios médicos del IPSS (esta última posibilidad no es muy probable en dicho centro urbano, en donde se encuentra ubicada la mayoría de los establecimientos del IPSS). La encuesta indicó también que los proveedores del IPSS recibieron de la población la evaluación de servicio de calidad más baja. Podría ser también que, como los beneficios del IPSS para los dependientes son limitados, dichos individuos han de obtener servicios médicos en otra parte.

La expansión de la cobertura del IPSS se llevó a cabo durante el gobierno anterior del Perú y no está claro si todos los individuos que declaran pertenecer al IPSS tienen que pagar contribuciones periódicas al fondo de salud del IPSS. De todos modos, el IPSS deberá revisar su política actual de cobertura para que sea más equitativa y racional. Para muchos empleados y empleadores los pagos mensuales al fondo de salud del IPSS no son más que un gravamen fiscal que tiene poca o ninguna relación con la capacidad de los empleados a obtener servicios de salud del IPSS. El alto nivel de utilización de los servicios del Ministerio de Salud por parte de los beneficiarios del IPSS sugiere la posibilidad de que el IPSS podría utilizarse como una fuente de ingresos para el sistema público y que el Ministerio de Salud podría ser reembolsado por éste último por los servicios prestados a los beneficiarios del IPSS. Ello mejoraría la situación financiera de los establecimientos del Ministerio de Salud. Lo mismo podría aplicarse al caso de los individuos con seguros médicos privados, ya que un 50 por ciento de estos individuos que obtienen servicios médicos recurren a establecimientos del Ministerio de Salud.

Alrededor del 16 por ciento de la población declaró una doble cobertura, o sea, seguro médico privado y seguro del IPSS. Con todo, en la práctica, menos de un 20 por ciento de los que declararon poseer seguro médico privado obtuvieron

servicios de fuentes privadas. Este fenómeno se explica en parte porque, en numerosos casos, el seguro médico privado no parece cubrir servicios de ambulatorio.

En general, el Ministerio de Salud es el proveedor principal de servicios de salud, representando el 64 por ciento de utilización de todo el sector formal de prestaciones de servicios médicos. El IPSS es también un importante proveedor con el 29 por ciento de utilización. Los médicos privados representan tan sólo una pequeña parte del total de utilización de los servicios de salud en la zona urbana de Arequipa, o sea, alrededor del siete por ciento, si bien su participación es mucho más alta entre el estrato de ingresos más altos. En la encuesta no se observa la utilización de los proveedores privados en los establecimientos públicos, que podría ser una importante fuente de servicios. Dado que existen pocos establecimientos del IPSS en las zonas rurales y que el sector privado parece estar menos desarrollado, el Ministerio de Salud podría ser prácticamente el único proveedor de servicios de salud en las zonas rurales de Arequipa, aunque no disponemos de datos sobre las modalidades de utilización en estas zonas.

El papel aparentemente menor del sector privado como proveedor de servicios contrasta marcadamente con los resultados de los estudios sobre utilización de servicios de salud realizados en otros países latinoamericanos. Por ejemplo, incluso en las zonas rurales de El Salvador, los proveedores del sector privado representan el 43 por ciento del total de utilización de servicios ambulatorios curativos. Al parecer, existen obstáculos a la expansión privada del sector de salud en Arequipa y convendría identificarlos. En otras partes, el sector privado ha sido identificado como un proveedor eficiente de servicios médicos de calidad y lo mismo debiera ser en Arequipa. Como parte de su estrategia de salud, el Gobierno de Arequipa debiera examinar las condiciones que estimularían a los profesionales y entidades del sector privado de prestación de servicios médicos a participar en la prestación y financiamiento de servicios e infraestructura de salud, especialmente, en las zonas rurales.

## 8.0 RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta sección ofrece una breve descripción de las características de los sectores público, semipúblico y privado en la región de Arequipa, concentrándose en la estructura, modalidades de gastos y fuentes actuales de ingresos. Mediante la recopilación de información de cada uno de los sectores, se sacan conclusiones sobre los recursos en materia de salud existentes en la región y se obtiene el medio más efectivo de coordinación entre los mismos. Por último, se hacen recomendaciones sobre las posibles medidas que el gobierno regional debiera adoptar, al tratar de mantener y mejorar el estado de salud de la población bajo el plan actual de regionalización de los servicios sociales. Finalmente, se hacen recomendaciones para que USAID/Lima las estudie .

### 8.1 VISION GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE AREQUIPA

#### 8.1.1. El Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud está encargado de prestar servicios de salud pública y atención médica a la parte de la población que no tiene acceso a otros servicios. Alrededor del 95 por ciento de los ingresos del Ministerio de Salud en Arequipa se obtiene del Tesoro del Perú; el cinco por ciento restante, de las varias tarifas que se cobran a los usuarios en los establecimientos del Ministerio de Salud. Según se indica en este informe, el Ministerio de Salud es un organismo insuficientemente financiado que presta cantidades enormes de asistencia a ciudadanos que están asegurados por el IPSS u otro seguro médico privado, o por ambos a la vez.

##### 8.1.1.1. Descripción del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud está encargado del funcionamiento y la dotación de 178 establecimientos de salud por toda la región de Arequipa, incluidos 41 centros de salud, 134 postas de salud y cuatro hospitales. Emplea a un personal de 276 médicos, 517 enfermeras y parteras, 1.460 empleados no administrativos y 140 administrativos.

En la opinión de los expertos, el personal sanitario del Ministerio de Salud está altamente calificado. Sin embargo, la calidad de los servicios está comprometida por la falta de productos farmacéuticos y otros suministros médicos en los establecimientos del Ministerio de Salud además del deterioro de la infraestructura física.

Los recursos del Ministerio de Salud, como ocurre con la población, se concentran en gran medida en las zonas urbanas de la Provincia de Arequipa. El promedio de personas por centro o puesto de salud en las zonas rurales y costeras es inferior que en la provincia de Arequipa, lo que indica la dispersión de los establecimientos y la población. Aun así, gran parte de la población rural podría seguir teniendo que disponer de un tiempo de transporte considerable para desplazarse a los establecimientos rurales, debido a que la población de las zonas rurales está muy dispersa.

La región de Arequipa tiene más camas de hospital per cápita del Ministerio de Salud (una cama por 829 habitantes) que el promedio nacional (una cama por

2.500 habitantes), pero el nivel de utilización es bajo. Los cuatro hospitales bajo la dirección del Ministerio de Salud funcionan con tasas de ocupación bajas y decrecientes. Entre 1985 y 1988, el número de altas aumentó ligeramente, pero mucho más lentamente que la población urbana atendida por los hospitales. En 1988, los principales establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud en la región, el Hospital Goyeneche y el Hospital Honorio Delgado, registraron tasas de ocupación del 58 por ciento y el 63 por ciento, respectivamente, inferiores respecto al 63 por ciento y el 77 por ciento que se registraron en 1985. Las tasas de ocupación disminuyeron a pesar del aumento de altas debido a estancias más cortas.

De acuerdo con la encuesta de hogares, entre los respondientes que declararon una enfermedad reciente, un promedio del 19 por ciento acudió a obtener atenciones médicas en un centro de salud del Ministerio de Salud y el 14 por ciento utilizó los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud. La utilización de centros de salud fue más corriente entre las familias de ingresos más bajos que entre los estratos de ingresos más altos (23, 16 y 10 por ciento, respectivamente).

Tradicionalmente, los servicios médicos del Ministerio de Salud se han prestado gratuitamente o a muy bajo costo. Las asignaciones presupuestarias del Tesoro Público del Perú han representado alrededor del 95 por ciento de todos los fondos de operación del Ministerio de Salud en Arequipa. El cinco por ciento restante de los fondos se obtiene de las varias tarifas que se cobran a los pacientes. Si bien la gran mayoría de los pacientes pagan por cierta parte de los bienes y servicios utilizados durante sus visitas, las tarifas que se cobran son mucho más bajas que el costo real de los mismos y están orientados a los suministros y medicamentos que los hospitales no podrían de otro modo suministrar. La escasez de medicamentos y suministros disponibles en el sistema público probablemente signifique también que los pacientes incurren en gastos en las farmacias del sector privado en relación con servicios médicos obtenidos en el sector público. La mayor porción de los ingresos obtenidos en los tres hospitales de Arequipa provienen de pacientes hospitalizados en la sala general.

Tres de los cuatro hospitales del Ministerio en Arequipa destinan un pequeño número de camas para pacientes privados que pagan honorarios profesionales a los médicos, además de las tarifas normales del hospital. En 1989 el número de pacientes hospitalizados privados representó el 7,5 por ciento de las altas y sobre el 38 por ciento de todos los ingresos en el mayor hospital (Honorio Delgado). En el caso de un hospital situado fuera de la capital, la sala particular representó el 12 por ciento de los ingresos (Camaná). No hay lugar a duda de que estos pacientes están subvencionados por el gobierno, pero el nivel de subvención no puede determinarse con los datos disponibles.

En el período comprendido entre 1985 y 1988, los sueldos de personal, pensiones y otras prestaciones representaron el 86 y 91 por ciento de todos los gastos del Ministerio de Salud y el 91 y 96 por ciento de los fondos del Tesoro Público; en 1989 las cifras fueron del 94 y 98 por ciento, respectivamente. Los suministros médicos, medicamentos, mantenimiento y otros insumos importantes de producción representaron una parte reducida del total y fueron en gran parte financiados con recursos obtenidos a nivel local. Los libros de cuenta indican que en el último decenio no se hicieron ningunas asignaciones de fondos para

mantenimiento de instalaciones en los hospitales del Ministerio de Salud. A pesar de la elevada proporción de gastos que corresponde al personal sanitario del Ministerio de Salud, desde hace muchos años vienen expresando su descontento con sus sueldos. En la fecha en que se realizó el estudio, los sueldos pagados por el Ministerio de Salud eran un 50 por ciento más bajos que los pagados al personal de contrapartida del IPSS.

#### **8.1.1.2. Evaluación del Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud carece de los recursos financieros suficientes para llevar a cabo su misión y padece una ineficiencia orgánica. Los gastos del Ministerio de Salud en la región de Arequipa ascendieron a la suma de \$-EEUU 1.826.736 en 1989 o alrededor de \$-EEUU 1,89 por persona. Alrededor del 66 por ciento de esa suma fue por concepto de servicios hospitalarios y casi toda ella se destinó a pagar sueldos. Las mejoras de los servicios del Ministerio de Salud dependen de las respuestas que se den a estas tres preguntas: 1) ¿Está este bajo nivel de gastos dirigido a los servicios que podrían mejorar el estado de salud? 2) ¿Puede aumentarse la cuantía total del presupuesto? 3) ¿Puede esa cuantía gastarse de forma más eficiente para obtener más producto por Inti gastado?

Dado el giro hacia un sistema regionalizado, es preciso que el Ministerio de Salud se incline por la generación de ingresos para suplementar las transferencias del gobierno nacional. La falta de financiamiento obedece en parte al aprovechamiento inadecuado de oportunidades para la recuperación de costos mediante tarifas al usuario, siendo éstas demasiado bajas para cubrir una parte importante de los costos. Asimismo, las unidades privadas que existen dentro de los establecimientos públicos están infrautilizadas. Datos obtenidos en entrevistas realizadas como parte del estudio indican que el bajo nivel de utilización se debe a la falta de comodidades.

Las razones de la ineficiencia que existe en el Ministerio de Salud son, entre otras, la gestión centralizada, la duplicación de servicios hospitalarios, los tipos de referencia inadecuados y un sistema deficiente de suministro y entregas de productos farmacéuticos, causante de la escasez endémica de los medicamentos necesitados.

#### **8.1.2. El Instituto Peruano de Seguridad Social**

Únicamente los empleados y dependientes beneficiarios del sistema del IPSS tienen acceso a sus servicios de salud y éstos se ofrecen gratuitamente. Las estimaciones de la población beneficiaria del IPSS en Arequipa oscilan entre el 15 y el 40 por ciento. El IPSS obtiene la mayor parte de todos sus ingresos de deducciones de las nóminas de empleados y contribuciones de empleadores. No existen tarifas al usuario, compartición del pago o deducibles. La suma de dichas contribuciones representa el 18 por ciento de los sueldos de los empleados hasta un nivel máximo de sueldo.

##### **8.1.2.1. Descripción del Instituto Peruano de Seguridad Social**

El IPSS proporciona prestaciones de pensión a sus miembros inscritos y servicios de atención médica a sus inscritos y dependientes. Aun cuando el IPSS tiene oficinas regionales por todo el país, sus oficinas centrales en Lima están

encargadas de establecer la política y administrar los fondos del IPSS a nivel nacional. De acuerdo con las leyes de regionalización, y al contrario del Ministerio de Salud, el IPSS permanecerá una institución centralizada.

Las estimaciones de inscripción del IPSS en Arequipa varían entre un bajo porcentaje del 15 por ciento a un alto porcentaje del 40 por ciento; la cifra más alta se ha basado en registros del IPSS. Estudios independientes realizados sobre la afiliación al IPSS en el Perú indican cifras entre el 15 y el 20 por ciento a nivel nacional (Mesa-Lago, 1988). Una pequeña encuesta de hogares que se realizó únicamente en la capital para el presente estudio reveló una cobertura del IPSS de alrededor del 55 por ciento de los hogares, lo que daría crédito a la cifra más alta del 40 por ciento para la región.

La infraestructura del IPSS experimentó una importante expansión entre 1985 y 1988. El número de ambulatorios del IPSS aumentó de 13 en 1985 a 118 en 1988. Un cambio de política en 1989, sin embargo, tuvo como resultado la eliminación de la mayoría de los ambulatorios del IPSS, reduciendo su número total al nivel de 1985. En la actualidad, el IPSS dirige la operación de dos hospitales que están localizados en dos edificios adyacentes en la ciudad de Arequipa y 14 ambulatorios. En Mollendo, el IPSS tiene otro hospital, parte del cual está a disposición del Ministerio de Salud. Los establecimientos principales de salud del IPSS están situados en la ciudad de Arequipa o en sus cercanías, en consonancia con el aproximadamente 88 por ciento de todos los beneficiarios del IPSS de la región que viven en esa ciudad.

En la encuesta de hogares los respondientes que utilizaron establecimientos del IPSS tuvieron la frecuencia más baja de satisfacción en comparación con el Ministerio de Salud y los proveedores privados. Numerosas empresas privadas, cuyos empleados están inscritos por ley en el IPSS, ofrecen servicios médicos alternativos a sus empleados y dependientes con proveedores privados. En algunos casos, las compañías organizan sus propios servicios de salud; en otros, ellas pagan el seguro médico privado.

Esta doble cobertura es costosa. En la encuesta de hogares, alrededor del 16 por ciento de los respondientes tenía este tipo de doble cobertura. Los beneficios médicos son casi exclusivamente para el empleado; sus dependientes tienen derecho a una serie muy limitada de beneficios. Por otra parte, los hospitales y clínicas existentes del IPSS podrían ser inconvenientes en comparación con los otros servicios disponibles. Por ejemplo, la encuesta de hogares halló que el 43 por ciento de aquéllos con sólo cobertura del IPSS utilizaron servicios del Ministerio de Salud, un porcentaje muy aproximado al 52 por ciento que utilizaron establecimientos del IPSS.

El IPSS mantiene también un sistema "de libre opción" mediante el cual los beneficiarios pueden obtener servicios médicos de proveedores sin fines de lucro que son reembolsados por el IPSS sobre una base de pago por servicio. En la práctica, el IPSS establece unos límites de desembolsos tan bajos que muy pocos beneficiarios ejercen esta opción.

En el caso de los individuos empleados, el IPSS obtiene sus fondos de las deducciones de la nómina del empleado y las contribuciones del empleador. Las contribuciones al IPSS representan actualmente el 18 por ciento del sueldo del

empleado. La mitad de esa suma, o sea, el nueve por ciento, se destina al fondo del seguro de enfermedad. El IPSS tiene también afiliados independientes que, en 1989, representaron alrededor del cinco por ciento de sus afiliados; ellos pagan un total de 18 por ciento. No se cobra ninguna tarifa al usuario por la utilización de los servicios del IPSS. La encuesta de hogares averiguó que alrededor del 22 por ciento de los usuarios del IPSS no estaban asegurados por el IPSS; no está claro si esos pacientes reciben atención médica gratuita o son pacientes particulares de médicos del IPSS.

En estos últimos años, el IPSS ha tenido un déficit operativo. Los directivos del IPSS han aducido varias razones, entre otras, las contribuciones al IPSS que no se han mantenido al día con la inflación, la declaración incompleta de sueldos percibidos por parte de los empleados y el pago incompleto de la parte correspondiente al empleado al IPSS por empresas y organismos gubernamentales.

Los gastos del IPSS siguieron la misma tendencia que el ingreso. Los gastos incurridos en 1985 ascendieron a \$-EEUU 8,7 millones, y aumentaron a \$-EEUU 19,1 millones en 1987, lo que indica que las tendencias observadas para los ingresos y los gastos están relacionados con las tendencias económicas del Perú y no con los cambios de programa o cobertura en el sistema del IPSS propiamente dicho. En 1989, año en que el número de establecimientos habíarevertido al nivel de 1985, los gastos fueron \$-EEUU 4.028.808.

Los sueldos representaron una creciente proporción de los gastos regionales del sistema de salud del IPSS respecto al período estudiado, aumentando del 45 por ciento de gastos totales en 1985 a aproximadamente el 54 por ciento en 1989. Las pensiones y prestaciones de los empleados, incluidas las contribuciones del mismo IPSS y de sus propios empleados al fondo de seguro del IPSS, se incluyen bajo la categoría de transferencias actuales. Estos costos representaron un 15 por ciento adicional del total de gastos del IPSS incurridos en 1985 y aumentaron a casi el 25 por ciento de los gastos totales de 1989. Por consiguiente, los costos del personal ascendieron al 60 por ciento de todos los gastos del IPSS en 1985 y a casi el 80 por ciento de todos los gastos incurridos por el IPSS en 1989.

En 1985, los medicamentos, suministros médicos y suministros de laboratorio que se compraron para utilizarlos en el sistema de prestación de servicios representaron el 32 por ciento de los gastos totales. En 1989, esta proporción había disminuido al 18 por ciento del total de gastos. Al contrario de los establecimientos del Ministerio de Salud que destinaron el 90 por ciento de sus fondos a pagar sueldos, el IPSS no se ha visto forzado a eliminar sus insumos no asalariados. Sin embargo, la tendencia es simplemente a mantener el empleo en una coyuntura presupuestaria contractiva.

#### **8.1.2.2. Evaluación del Instituto Peruano de Seguridad Social**

Los sistemas coexistentes del Ministerio de Salud y del IPSS ofrecen varias comparaciones instructivas. Como ya se señaló anteriormente, el sistema del Ministerio de Salud gastó alrededor de \$-EEUU 1,89 por persona en la región de Arequipa en 1989. El presupuesto para salud del IPSS, o sea, \$-EEUU 4.028.808,

fue más del doble del presupuesto del Ministerio de Salud para la región. En el supuesto de que el 40 por ciento de los residentes de Arequipa sean beneficiarios del IPSS (esta es la estimación más alta de cobertura), el mismo gastó \$-EEUU 10,44 por beneficiario en 1989, unas cinco veces más de lo que gastó per cápita el Ministerio de Salud. Al parecer, casi todos los gastos del IPSS fueron por concepto de servicios relacionados con hospitales. Si se combinan los presupuestos del Ministerio de Salud y el IPSS, que es simplemente un caso hipotético, los gastos per cápita en servicios de salud ascenderían a \$-EEUU 6,06 en la región.

¿Qué es lo que el IPSS adquiere con su nivel más alto de gastos? Primero, como ya se ha señalado, puede comprar medicamentos y suministros de laboratorio, cosa que es casi imposible de hacer para el Ministerio de Salud. Segundo, puede mantener dos hospitales casi idénticos en la capital que comparten los mismos terrenos y prestan los mismos servicios, pero que funcionan como unidades independientes. Tercero, puede mantener niveles más altos de dotación de personal. Por ejemplo, el principal hospital del Ministerio de Salud (Honorario Delgado) tiene 6,3 camas por médico y altas de unos 103 pacientes por médico al año. El hospital unificado del IPSS (Hospital Central del Sur) tiene tan sólo 2,1 camas por médico y altas de 63 pacientes por doctor por año. El hospital del IPSS mantiene también un personal más costoso: tiene 1,5 enfermeras por doctor en comparación con 2,0 enfermeras por médico en el hospital del Ministerio de Salud. (Esta relación en el caso de un país industrializado sería de cuatro a siete enfermeras por médico).

Existen también ciertas subvenciones cruzadas entre los dos sistemas, pero el flujo neto de subvenciones es del sistema del Ministerio de Salud al sistema del IPSS. La encuesta de hogares halló que, de todos los casos de enfermedad declarados que dieron lugar a una visita a una clínica u hospital, alrededor del 33 por ciento de los pacientes que optaron por servicios del Ministerio de Salud tenían cobertura del IPSS. Alrededor del 22 por ciento de los que utilizaron establecimientos del IPSS no tenían ningún seguro y debieron, por tanto, haber utilizado los establecimientos del Ministerio de Salud. En cifras, 82 personas con cobertura del IPSS utilizaron clínicas u hospitales del Ministerio de Salud; 25 personas sin cobertura del IPSS utilizaron establecimientos del IPSS, y 88 personas con cobertura del IPSS utilizaron establecimientos de éste. Estas cifras indican una transferencia de recursos posiblemente implícita del Ministerio de Salud al IPSS por obra de las tendencias de utilización de los pacientes. No existe ningún mecanismo para reembolsar al Ministerio de Salud por dichos servicios. La subvención de los sistemas más pobres al sistema más rico pone en duda también la separación formal de los dos sistemas cuando en la práctica los pacientes los tratan hasta cierto punto intercambiables.

Estos resultados, juntamente con el "recargamiento" de las prestaciones del IPSS por parte de los empleadores, ponen de manifiesto problemas de política muy graves en el sector de la salud en lo que concierne al diseño del sistema del IPSS, a la forma en que los sistemas del Ministerio de Salud y del IPSS podrían beneficiarse de una mayor coordinación o unificación, la forma en que son servidos o impedidos los objetivos del sector de la salud por la estructura dual Ministerio de Salud e IPSS y la estructura dual (empleado frente a obrero) dentro del IPSS, y la forma en que esos dos sistemas se interrelacionan con el sector privado (que debe ocurrir en una manera muy desapercibida mediante las

actividades públicas y privadas de los médicos). La cuestión fundamental de política es lo que el gobierno está comprando con los \$-EEUU 5.855.544 que está gastando de los ingresos generales y los impuestos sobre nóminas en relación con sus objetivos en el sector de la salud.

El IPSS tiene ante sí graves problemas debido a la contracción de los ingresos y al deterioro de la infraestructura, juntamente con los costos altos e inflexibles del personal. Existen oportunidades para aumentar el nivel de eficiencia de las operaciones del IPSS con una mejor asignación de los médicos y fusión de los servicios duplicados.

Si el IPSS desea continuar prestando servicios directos de salud a beneficiarios, será necesario hacer un esfuerzo concertado para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. En la actualidad, los largos períodos de espera y otros aspectos de un servicio de mala calidad están forzando a los empleadores a asegurar a sus trabajadores con una "doble cobertura" y a suscribirse en planes de seguro médico adicionales. A largo plazo, sin embargo, el IPSS podría optar por eliminar gradualmente la prestación directa de servicios o establecer las contribuciones sobre una base voluntaria, o ambas cosas a la vez.

### **8.1.3. El sector privado**

Una lista completa de los proveedores privados de servicios médicos es difícil de obtener en un estudio de esta naturaleza, ya que no existen registros públicos disponibles sobre el número, tipos y localización de proveedores del sector privado en la región.

El equipo de estudio obtuvo información de dos proveedores institucionales de servicios médicos, a saber, la Clínica Arequipa y la Clínica de San Juan de Dios. La Clínica Arequipa tiene unas 30 camas y presta principalmente servicios de hospitalización, aunque existen planes en marcha para ampliar los servicios de pacientes no hospitalizados. La Clínica Arequipa es una institución particular con fines de lucro que pertenece a un grupo de sus médicos de planta. La Clínica de San Juan de Dios es una institución sin fines de lucro con 100 camas. Sesenta de esas camas están dedicadas para prestar atención gratuita a niños; las 40 camas restantes están destinadas a pacientes particulares de los médicos del hospital. Estos médicos deben pagar a la clínica una parte del dinero que recaudan de sus pacientes particulares. Aproximadamente el 60 por ciento de los ingresos de la clínica provienen directamente de pacientes o de sus respectivas compañías de seguro médico. Los fondos restantes para las operaciones de la clínica se obtienen de donaciones y actividades de recaudación de fondos.

Además de estos dos proveedores institucionales de servicios médicos, existen indudablemente otros numerosos proveedores institucionales e individuales privados de servicios médicos en la región, incluidos los servicios médicos que son de propiedad y funcionan bajo la dirección de algunas empresas (por ejemplo, algunas compañías mineras). El conocimiento de su número, los tipos de servicios prestados y la proporción del total de utilización captada por los mismos nos daría una visión más completa del mercado regional de servicios de salud. Ello, sin embargo, trascendería el objeto del presente estudio.

La utilización del sector privado en Arequipa parece ser relativamente baja, de acuerdo con la encuesta de hogares, contrariamente a lo que ocurre con los resultados de otros estudios sobre utilización de servicios de salud en América Latina. Tan sólo el 25 por ciento de los respondientes que declararon obtener asistencia para una reciente enfermedad acudieron a una clínica privada, a una consulta de un médico particular o al curandero tradicional. Otro 13 por ciento afirmó que fue a una farmacia particular en busca de tratamiento.

Además de la existencia de proveedores privados de atención médica, en Arequipa existen compañías privadas de seguro médico y otros intermediarios financieros. Las dos compañías de seguro médico más importantes de la región, La Positiva e Inti, aseguran a unos 36.000 individuos. Aparte de las compañías de seguros, hay por lo menos tres compañías privadas que tramitan reclamaciones para proveedores privados institucionales e independientes. Las compañías de seguros, según parece, están prosperando, a pesar del estado deprimente de la economía en general.

La encuesta de hogares halló que menos de una quinta parte de los respondientes con seguro privado declaró que utilizó el sector privado en una reciente enfermedad. Esto se debe en parte a que el seguro particular no suele cubrir servicios de ambulatorio.

#### **8.1.3.1. Evaluación del sector privado**

Arequipa posee un sector privado activo y variado y es preciso tener información adicional sobre su amplitud para conocer bien el papel que el mismo desempeña -- o podría desempeñar -- respecto al financiamiento de los servicios de salud. En Arequipa existe un mercado de seguros floreciente. Su expansión dependerá del incremento de los tipos de servicios asegurados y no del aumento del número de personas aseguradas.

Existen oportunidades para colaborar entre los sectores público y privado y varias empresas del sector privado han expresado su interés en proporcionar personal profesional médico para prestar asistencia a los programas de salud pública.

Una cuestión de política decisiva a este respecto es la gran dependencia del sector público para proporcionar servicios hospitalarios. ¿Existen oportunidades mediante seguro, seguros particulares pagados de antemano, reembolsos del IPSS y otros sistemas financieros para estimular la expansión del sector privado que pudiera mejorar la calidad de la atención médica al mismo o menor costo? Muchas de esas técnicas se han empleado en otros países y sus efectos son bien conocidos. Parece ser que hasta cierto punto el Ministerio de Salud y el IPSS "han excluido" ciertas actividades del sector privado relacionadas con los servicios curativos porque han proporcionado lo que viene a ser empleo parcial y bienes de capital para asistir a médicos en sus consultas particulares. Al igual que se dijo previamente sobre las interacciones entre el IPSS y el Ministerio de Salud, la planificación del sector de la salud a nivel regional podría beneficiarse si se tomaran en cuenta las posibilidades del sector privado para hacerse cargo de la prestación y el financiamiento de ciertas actividades de servicios curativos.

## 8.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dada la descentralización de los servicios sociales y de salud, en los años futuros los servicios médicos de la región serán financiados principalmente, si no exclusivamente, por la población de la región. El Gobierno Regional tiene ante sí la oportunidad de decidir si debiera actuar como autoridad responsable de la formulación de políticas o como proveedor de servicios (por mediación del Ministerio de Salud de la región) o asumir ambas funciones.

Al realizar sus objetivos encaminados a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil y juvenil, la USAID/Lima podría considerar la canalización de recursos del programa de supervivencia infantil hacia la asistencia de los gobiernos regionales con miras a hacer frente al reto de asignar los recursos de una manera sostenida y de acuerdo con unos objetivos básicos de política de salud.

Basado en un examen del Documento del Proyecto y otros documentos, parece ser que el proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil no ha perseguido como estrategia el financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, si no se presta atención a las cuestiones relacionadas con la asignación de recursos y el financiamiento, el énfasis en los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud podría verse negativamente afectado ya que las responsabilidades se están transfiriendo del nivel nacional al nivel regional y porque los hospitales continúan absorbiendo una gran parte de los recursos como es evidente en la región de Arequipa. Como consecuencia, el progreso logrado en los programas de supervivencia infantil como, por ejemplo, la divulgación de información sobre el tratamiento adecuado de la diarrea y las actividades de inmunización, podrían verse en peligro por las prácticas financieras que hacen hincapié en los servicios curativos. Por esta razón, es de vital importancia que la USAID/Lima considere diversos métodos de asistencia al financiamiento de la salud. Sería conveniente incluir esto en el contexto de las actividades para la supervivencia infantil. Muchas de las siguientes recomendaciones dirigidas al Ministerio de Salud y a la USAID/Lima tienen gran efecto en el sostenimiento de las actividades relacionadas con la supervivencia infantil.

### 8.2.1. El Gobierno de Arequipa como autoridad responsable de la formulación de políticas

En el curso de los próximos años, el Gobierno de Arequipa va a estar encargado de formular políticas en las que se basarán la prestación y el financiamiento de los servicios sociales. La formulación de políticas podría ser un poderoso mecanismo para lograr los objetivos de salud deseados. En el caso de los servicios de salud, el Gobierno de Arequipa tendrá la oportunidad de establecer normas respecto a su propia función como proveedor y financiador de servicios y a la del sector privado. Si las operaciones del IPSS se llegan finalmente a descentralizar al nivel regional, el Gobierno de Arequipa podría igualmente influir en el funcionamiento del IPSS mediante su formulación de políticas.

Coordinación del sector salud mediante el establecimiento de un consejo: Los aspectos fundamentales de la formulación de políticas consisten en la definición de las funciones de entidades públicas y privadas y la coordinación de sus

actividades. En el caso de Arequipa, existen pruebas evidentes de duplicación no coordinada y oportunidades para una colaboración satisfactoria entre el Ministerio de Salud y el IPSS, así como entre los sectores público y privado. Por ejemplo, numerosos individuos asegurados por el IPSS también tienen cobertura de seguro médico privado y muchos de ellos acuden también a ambulatorios del Ministerio de Salud para obtener servicios médicos.

Recomendación 1: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere la creación de un consejo consultivo de salud de alto nivel. Dicho consejo podría incluir representantes del Ministerio de Salud, del IPSS, los proveedores y financiadores de servicios de salud del sector privado, las empresas, las agencias profesionales de salud y la población. La función del consejo sería ayudar a formular la política de servicios de salud, definir las funciones de las distintas partes y prestar asesoramiento sobre disposiciones reglamentarias y cuestiones análogas al Gobierno de Arequipa. Dichos consejos existen ya en numerosos países y sus funciones dependen de las costumbres locales y la determinación de las autoridades locales para hacer el mejor uso de todos los recursos de salud para beneficio de la población.

La USAID/Lima podría ayudar al Gobierno de Arequipa a establecer dicho consejo y, también, podría proporcionar asesoramiento técnico para ayudar al consejo en sus actividades iniciales. Estas actividades podrían tener lugar dentro del contexto de las actividades de supervivencia infantil de la Misión, dada la importancia aparente de una reorientación de las asignaciones de recursos de salud con miras a lograr mejoras sostenibles en la prestación de servicios de salud en el sector público.

Recomendación 2: Las cuestiones relacionadas con la política del sector salud y la asignación de recursos en la región de Arequipa exigen un personal dedicado en el Ministerio que pueda proporcionar el tipo de análisis producido en el informe en apoyo de las decisiones de política que deban hacerse regularmente. La USAID/Lima podría considerar ayudar a desarrollar estos recursos en el seno de la sección regional del ministerio. Una recomendación posterior propone que se preste mayor atención a la formulación de políticas a nivel tanto regional como nacional.

### 8.2.2. El Ministerio de Salud como proveedor de servicios

A fin de lograr el sostenimiento financiero de los servicios de salud bajo el plan actual de regionalización, el Ministerio de Salud tiene ante sí tres retos: a) Aprovechar las oportunidades existentes de obtención de recursos locales para financiar sus programas a un nivel adecuado; b) aumentar el nivel de productividad en sus establecimientos médicos, dadas las limitaciones de recursos existentes; y c) asignar los recursos públicos de conformidad con las necesidades de servicios de salud y sus objetivos para el sector de salud.

Obtención de recursos locales mediante tarifas al usuario: Los resultados del presente estudio indican que un mayor énfasis en la recuperación de costos en los establecimientos del Ministerio de Salud está justificado y debiera perseguirse. La recuperación de costos mediante un sistema de tarifas al usuario es una

costumbre generalmente establecida en los establecimientos del Ministerio de Salud, si bien, en la mayoría de los casos, las tarifas son mínimas en relación con los costos de los servicios.

Un sistema de recuperación de costos bien concebido podría asegurar la subvención de los servicios de salud del indigente por aquéllos con capacidad para pagar y la promoción de los servicios de salud preventivos, a la vez que se establecen desincentivos contra el uso excesivo de ciertos tipos de servicios curativos. Si el Ministerio de Salud opta por adoptar oficialmente un sistema de recuperación de costo en sus establecimientos con miras a obtener una parte importante de sus ingresos, deberán entonces tomarse decisiones relativas a los tipos de mecanismos de recuperación de costos que tendrán que adoptarse. El mecanismo más obvio es la adopción de tarifas al usuario, aunque otros mecanismos, como el pago por adelantado, serían otra posibilidad.

Una mayor dependencia de las tarifas podría servir para lograr otros objetivos: a) Permitir al Ministerio de Salud cobrar al IPSS por los servicios prestados a sus beneficiarios; b) permitir al Ministerio de Salud reasignar sus fondos de base tributaria de los servicios curativos a las actividades relacionadas con la supervivencia infantil y la prevención; c) permitir al Ministerio de Salud encauzar sus subvenciones de servicios curativos más directamente a los indigentes; y, d) permitir al Ministerio de Salud mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios al disponer de fondos para gastos no salariales.

Por lo general, la imposición de tarifas adecuadas al usuario constituye un medio más efectivo de financiar los servicios de salud en comparación con otros mecanismos de financiamiento, incluidos los impuestos especiales. Se han sugerido frecuentemente los impuestos sobre los cigarrillos, las bebidas alcohólicas y las matrículas de automóvil por tratarse de impuestos que podrían razonablemente destinarse al sector de la salud porque serían sobre hábitos que tienden a causar enfermedades costosas. La experiencia y estimaciones de otros países indican que se pueden conseguir cuantías relativamente grandes de fondos imponiendo pequeños impuestos sobre dichas partidas. Con todo, existen muchos argumentos en favor y en contra de los impuestos especiales y el caso de los impuestos destinados a la salud sería a el más dudoso.

Desde un punto de vista económico, los impuestos especiales van en contra de la norma fundamental de que los gastos de todos los programas deben evaluarse respectivamente mediante un proceso adecuado y que todos los ingresos deben ponerse en un fondo común para financiar dichos programas. Los impuestos especiales son una manera de eludir este procedimiento. Desde un punto de vista práctico, los impuestos especiales al consumo sobre los cigarrillos y la cerveza se han fijado en cantidades específicas, de manera que los ingresos tenderán a ir rezagados respecto a la inflación, a menos que la tasa impositiva se reajuste constantemente por acción legislativa, un proceso lento de realizarse en el mejor de los casos.

Desde un punto de vista médico, tiene sentido gravar con impuestos especiales productos como los cigarrillos y la cerveza con el fin de gravar hábitos insalubres conexos, pero, a menos que los impuestos sean muy altos, los mismos no reducirán significativamente el hábito seleccionado (por esta razón se

recaudan con ellos tantos ingresos), y los impuestos tenderán a ser regresivos, porque los pobres mantienen esos hábitos insalubres y los impuestos toman una parte mucho mayor de sus ingresos que de los ingresos de los hogares más pudientes.

Es difícil recomendar los impuestos especiales como estrategia para obtener mayores recursos para el sistema de salud a largo plazo. Si se los compara con las tarifas al usuario o al seguro, los impuestos especiales es casi seguro que no van a ser preferidos a corto plazo, debido a que el sistema de salud tiene una capacidad mucho mayor para producir ingresos dentro de su propio sistema -- y controlar dichos ingresos -- que si los fondos provienen de los impuestos.

El Perú tiene ya un impuesto especial sobre la nómina para servicios de salud que produce una cuantía equivalente a alrededor del nueve por ciento de los salarios del sector formal para salud. Otra alta prioridad del sector de la salud es la forma de utilizar ese dinero de una manera competente y eficiente para apoyar las actividades generales de dicho sector.

Recomendación 3: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere la redefinición del mecanismo de pagos por los usuarios dentro de los hospitales, centros de salud y postas de salud en el Ministerio de Salud. Para aumentar la eficacia de este tipo de recuperación de los costos, el Ministerio de Salud podría considerar la preparación de una lista de tarifas que refleje más exactamente los costos reales de los servicios para aquéllos que pueden pagarlos (pacientes de salas privadas, pacientes asegurados y afiliados del IPSS); analizar las formas en que se podrían aplicar las tarifas para ofrecer incentivos y desincentivos para utilizarlos con determinados tipos de servicios; diseñar e implantar un sistema barato pero eficaz para dispensar a los indigentes, y formular un plan de desembolso de fondos que ofrezca incentivos a los establecimientos de salud para recaudar tarifas, pero que beneficie también al sistema de salud en su conjunto al soportar actividades que no se prestan a un sistema de pago (especialmente las actividades relacionadas con los programas de supervivencia infantil).

Recomendamos que la USAID/Lima evalúe la factibilidad de proporcionar recursos al Gobierno de Arequipa para asistencia técnica en la recuperación de costos en las instalaciones del Ministerio de Salud. Como se ha señalado anteriormente, dicha asistencia se requeriría para la determinación exacta de los costos de los servicios, la formulación de mecanismos de exenciones y el diseño y la implantación de un sistema de gestión financiera. Una vez más, dichas actividades se colocarían en un programa mayor para mejorar el sostenimiento del sector público al amparo de los proyectos de supervivencia infantil de la Misión.

Recomendación 4: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere las opciones respecto a las salas privadas de los hospitales públicos. Existen muchos argumentos en favor y en contra de las salas privadas. Actualmente, sin embargo, éstas están infrautilizadas, se encuentran en mal estado y están mayormente subvencionadas por los escasos fondos públicos. Para continuar manteniendo estas salas se requerirá que se autofinancien completamente o que proporcionen otros beneficios cuantificables al

hospital que justifiquen una subvención. Sin embargo, no es probable que las salas privadas existentes puedan sostenerse financieramente por sí mismas (o, posiblemente, convertirse en centros con fines de lucro) sin una importante inversión.

Si opta por apoyar esta actividad, la USAID/Lima podría proporcionar asistencia técnica al Ministerio de Salud con miras a realizar los análisis necesarios para formular opciones de política para las salas privadas. Dicho análisis se centraría en una evaluación de la factibilidad de cambiar la situación actual, en la que los fondos del gobierno subvencionan las salas privadas, a una situación en la que las salas cubren gastos o subvencionan las instalaciones públicas.

Mejora de la productividad mediante la asignación óptima de los recursos: En la actualidad, el funcionamiento eficiente del Ministerio de Salud se ve impedido por el sistema de dotación de personal, las restricciones en la contratación y despido de personal, el funcionamiento de establecimientos duplicados y una gestión centralizada. Dada la gran proporción de todos los gastos dedicados al personal, es de vital importancia estudiar las cuestiones relacionadas con el personal con miras a mejorar la eficiencia. Entre los medios para mejorar la eficiencia en las operaciones del Ministerio de Salud podrían incluirse también métodos innovadores de gestión. La gestión centralizada como la que es tradicional en el Ministerio de Salud brinda rigidez en las operaciones cuya eficacia depende de su capacidad para responder a su medio ambiente, como es hasta cierto punto el caso de los establecimientos de servicios de salud.

Recomendación 5: Recomendamos que el Gobierno de Arequipa considere la posibilidad de descentralizar el Ministerio de Salud transfiriendo responsabilidad a nivel de establecimiento (dentro de ciertos límites) para las decisiones importantes relacionadas con el servicio local. Las cuestiones locales relacionadas con la toma de decisiones podrían incluir, por ejemplo, horas de funcionamiento; la adecuación de la recuperación de costos, de los tipos específicos de recuperación de costos y los niveles de tarifas, y los gastos de todos o parte de los ingresos de recuperación de los costos. Esto estaría de acuerdo con las ideas expresadas en el documento de planificación de 1989 del Ministerio de Salud sobre la reestructuración y delegación de autoridad y responsabilidad para la eficaz descentralización de los servicios de salud periféricos, sobre todo en las zonas urbanas marginadas y rurales.

La eficiencia del Ministerio de Salud puede mejorarse mediante un análisis de costo-beneficio de la rentabilidad en función de la unificación de los hospitales de Goyeneche y Honorio Delgado. Debiera realizarse un análisis similar para los dos pabellones de hospital del IPSS y para la unificación y/o privatización de determinados establecimientos y servicios del Ministerio de Salud y del IPSS (como laboratorio, limpieza, administración, mantenimiento, etc.). Dada la duplicación de servicios prestados y las bajas tasas de ocupación en los establecimientos, sería conveniente considerar al menos cierto nivel de coordinación entre los hospitales y los organismos a los que pertenecen.

La eficiencia y la calidad de la atención médica pueden mejorarse también ofreciendo incentivos adecuados al personal de los establecimientos sanitarios. Como posibles incentivos podrían citarse las gratificaciones por buen rendimiento o, en los casos en los que se practique el sistema de recuperación de costos, la capacidad de los empleados de quedarse con los ingresos recibidos por el establecimiento que excedan de un límite preestablecido. Debieran también considerarse los incentivos no monetarios, así como la contratación de actividades de apoyo con el sector privado.

Si ello fuera compatible con los objetivos del programa de supervivencia infantil u otros proyectos en el sector de salud, la USAID/Lima podría ayudar al Gobierno de Arequipa prestándole asistencia técnica para llevar a cabo estudios básicos necesarios para poner en práctica esta recomendación, explorando las posibilidades de unificación y privatización de algunas actividades. Por ejemplo, sería preciso realizar un estudio de factibilidad para evaluar los costos y beneficios de la unificación de los hospitales del Ministerio de Salud o del IPSS en la ciudad de Arequipa. Sería preciso realizar un estudio experimental de gestión innovadora en un centro de salud con el fin de determinar la mejor forma de asignar la autoridad responsable de la toma de decisiones.

Mejoramiento de la productividad relacionada con la adquisición de productos farmacéuticos: El Ministerio de Salud necesita un sistema que le asegure en sus establecimientos sanitarios un suministro regular y confiable de medicamentos de buena calidad al precio más económico posible, utilizando los fondos obtenidos en el establecimiento o provenientes de las asignaciones presupuestarias regionales. En este informe se ofrece un estudio de caso sobre una farmacia grande instalada dentro de un hospital del Ministerio de Salud y financiada con sus propios recursos obtenidos de las ventas de los medicamentos. Este caso constituye una prueba ilustrativa de que una farmacia bien abastecida puede financiarse con los ingresos obtenidos de las ventas de sus medicamentos y funcionar de una manera descentralizada.

Recomendación 6: Se necesita un estudio adicional para calcular el nivel de necesidades, evaluar los factores locales pertinentes para la selección y el diseño del sistema de productos farmacéuticos (por ejemplo, transporte, capacidad de suministro de medicamentos al por mayor, instalaciones de almacenamiento, experiencia en el control de existencias de medicamentos, prácticas y experiencia en adquisiciones locales) y proponer un método adecuado. Será muy importante considerar la opción de contratar los servicios de productos farmacéuticos a una entidad del sector privado, que podría ser la opción más eficaz en función del costo.

La USAID/Lima podría proporcionar asistencia técnica al Ministerio de Salud para realizar una evaluación de las opciones encaminadas a mejorar la adquisición de productos farmacéuticos y proporcionar asistencia en la puesta en práctica de la opción u opciones elegidas.

Asignación de recursos en el sector público: Tanto el Perú en general como la región de Arequipa en particular afrontan algunos graves problemas en el sector de la salud. Según estadísticas del Banco Mundial, la esperanza de vida al nacer

de las mujeres ha aumentado desde 1965 pasando de 52 a 64 años. La mortalidad infantil ha disminuido de 130 a 86 muertes por 1.000 niños nacidos vivos. En comparación, Chile, que se encuentra próximo al Perú tanto geográficamente como en cuanto al ingreso per cápita, ha experimentado un aumento de la esperanza de vida femenina pasando de 63 a 75 años y la mortalidad infantil ha disminuido pasando de 101 a 20 por 1.000 niños nacidos vivos. Para abreviar, en 1988 el Perú había logrado finalmente la misma esperanza de vida que Chile había tenido 20 años antes a pesar de que el Perú tenía un número mayor de médicos y enfermeras per cápita que Chile durante todo el período. Las tendencias en cuanto a morbilidad y mortalidad que se observan en Arequipa son, según parece, equivalentes a las del Perú en su conjunto y ponen de manifiesto las deficiencias importantes que existen en los servicios de atención médica primaria y preventiva, así como la lentitud con que se resuelven los problemas de salud pública relacionados con la pobreza, las condiciones ambientales y la malnutrición. El programa de supervivencia infantil de la USAID está orientado a resolver estos problemas de salud y países como Chile han demostrado que esto es factible.

La descentralización de los servicios sanitarios en el Perú crea a la vez oportunidades y posibles problemas al tratar de mejorar el marco de política del sector de la salud. Las oportunidades se basan en que la prestación y el financiamiento de los servicios del Ministerio de Salud estarán más relacionados con los usuarios. Los problemas tienen que ver con la menor capacidad para formular políticas a nivel local y la consiguiente posibilidad de que los proveedores acaparen los presupuestos para atender sus propias necesidades; una falta de descentralización del IPSS con el consiguiente resultado de que las administraciones regionales del Ministerio de Salud se encuentren en una posición débil para influir en las actividades del IPSS en sus regiones, y la posibilidad de que el financiamiento de los servicios de salud comience a reflejar disparidades regionales en materia de ingreso con poca o ninguna compensación de fondos de la administración central. Si las oficinas nacionales del Ministerio de Salud pueden proporcionar apoyo a la formulación de políticas a nivel regional y fondos compensatorios para las zonas más pobres o más afectadas por los problemas de salud, algunos de esos problemas podrían contenerse o incluso resolverse mejorando la situación anterior.

Recomendación 7: Recomendamos que la USAID/Lima considere la posibilidad de ayudar a la Oficina Central del Ministerio de Salud y a sus oficinas regionales a mejorar su capacidad con miras a adoptar decisiones sobre asignación de recursos en el sector de la salud que contribuyan al logro de las metas y satisfacción de necesidades del sector de la salud. Esta iniciativa debería incluir el mejoramiento de la capacidad para formular políticas en todos los niveles, convertir las decisiones de política en cambios presupuestarios y evaluar los efectos de los cambios de política una vez introducidos. En especial, la oficina central y las oficinas regionales del Ministerio de Salud requieren el desarrollo de mecanismos financieros y de política para resolver problemas graves y persistentes relacionados con la salud de los niños, así como las deficiencias que se observan en la salud y en los servicios públicos. Necesitan también estrategias para lograr implantar la descentralización sin perjudicar a las regiones más pobres y más afectadas por problemas de salud, así como

colaborar estrechamente con el IPSS, aun cuando no lleguen a materializar los planes de integración.

Existen otras muchas cuestiones que merecen atención con respecto a la política general y que podrían justificar cierta experimentación con miras a lograr el resultado final de una mejora del estado de salud de los ciudadanos del Perú. Una inversión a este respecto en forma de asistencia técnica, capacitación y actividades experimentales de campo podría producir a la larga muy buenos resultados para el sector de la salud.

### **8.3 CONCLUSION**

Queda bien claro por la información que se ha recopilado y analizado sobre el Ministerio de Salud, el IPSS, el sector privado y la utilización familiar de los servicios de salud que el Gobierno Regional de Arequipa tiene ante sí una enorme tarea de lograr un sistema de servicios de salud sostenible para la población. Sin embargo, existen importantes oportunidades para mejorar la eficiencia de la prestación de atención médica dentro del Ministerio de Salud, ampliar la base de los recursos disponibles que permita financiar los servicios de salud, satisfacer mejor las necesidades sanitarias de la población y asignar los recursos de manera compatible con los objetivos del sector de la salud.

Al amparo del plan de regionalización, el Gobierno de Arequipa estará en condiciones de desempeñar un papel directivo importante en el desarrollo del sector de la salud con miras a satisfacer mejor las necesidades de la población de Arequipa. Para ello, la misión USAID/Lima tiene la oportunidad de considerar medios específicos para prestar asistencia al Gobierno Regional, proporcionando insumos importantes de asistencia técnica, suministrando información para las decisiones de política y asesoramiento técnico de cara a la ejecución de las actividades de demostración.